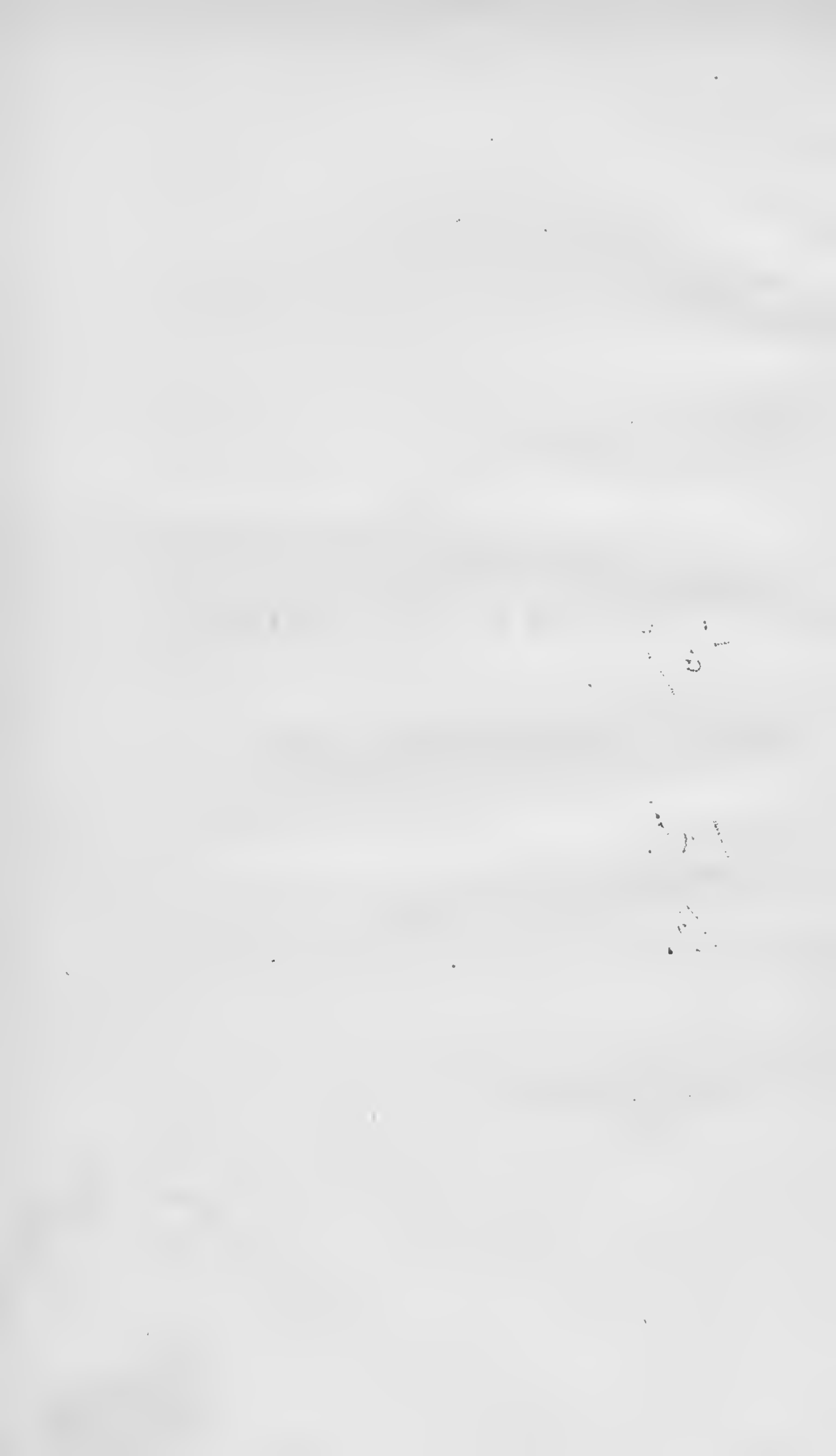
ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE



ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

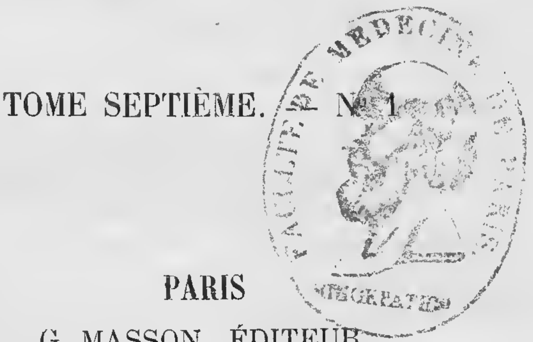
PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

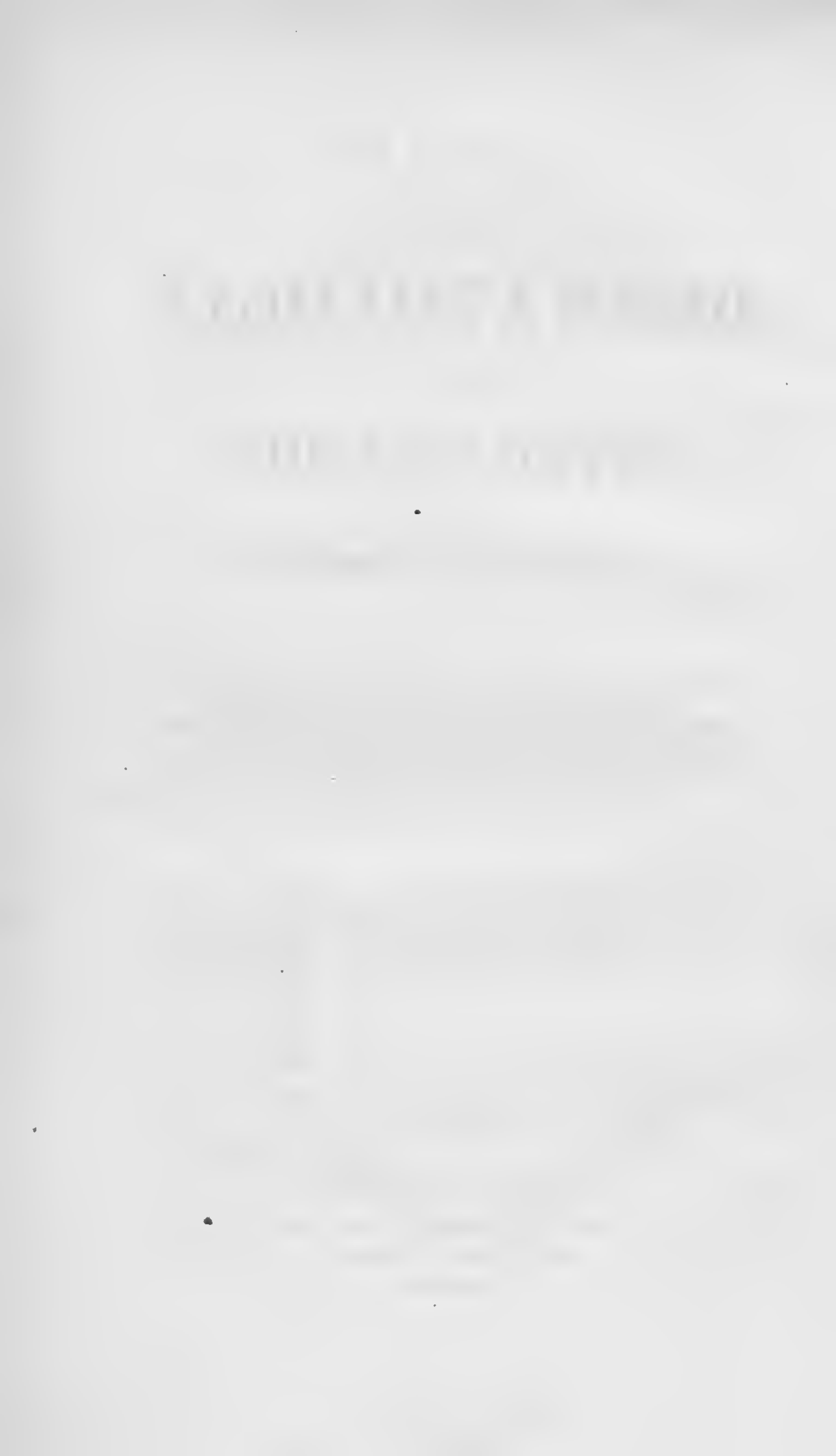
PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, BAUMÈS, BAZIN, L. BELHOMME, BERGERON, ERNEST BESNIER,
BOUCHARD, BUMSTEAD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY,
DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD,
GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, ICARD, ED. LABARRAQUE,
G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT,
AIMÉ MARTIN, MAURIAC, DE MÉRIC, A. NYSTROM, PELIZZARI, G. PROFÉTA, PH. RICORD,
RODET, ROLLET, SAINT-CYR, M. SÉE, DE SEYNES, E. VIDAL, ETC.

TOME SEPTIÈME. — N° 1



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine, 17
1875-1876



ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA PELADE, par le Dr M.-A. HORAND, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

(Suite et fin.)

Un autre caractère des maladies cutanées parasitaires est de se manifester à l'extérieur par une production cryptogamique. Il en est ainsi pour le favus, l'herpès tonsurant, le pityriasis versicolor, etc., or, rien de semblable pour la pelade, maladie dans laquelle le cuir chevelu ne présente pas la moindre production pathologique. Ce fait est d'autant plus important à signaler que pour ceux qui admettent la nature parasitaire de cette maladie, le parasite siége dans l'épiderme et la portion extra-cutanée du cheveu.

Certains réactifs permettent encore d'affirmer l'absence de parasite dans la pelade. En effet, Dyce Duckworth a fait observer que le chloroforme à la dose de quelques

gouttes, versé sur une plaque cutanée dont on cherche à déterminer la nature, produit en s'évaporant l'action suivante, lorsqu'il existe un parasite végétal : la peau se recouvre d'une poussière jaunâtre et fine, semblable à de la fleur de soufre, et les cheveux deviennent opaques, d'une couleur jaune blanchâtre et revêtent l'aspect de fins filaments de végétaux, tandis que la peau et les cheveux sains ne sont nullement influencés par le chloroforme. Or cette réaction fait complétement défaut dans le porrigo decalvans (1).

Les nombreux moyens thérapeutiques, préconisés tour à tour et employés avec succès, fournissent encore un argument en faveur de l'absence de parasite dans la pelade. Ainsi, on comprend difficilement que la rasure, sur laquelle insiste Lailler, puisse avoir un effet favorable, s'il s'agit d'une maladie parasitaire. La rasure, loin d'activer la guérison, ne ferait que généraliser la maladie, soit en déterminant un peu d'hypérémie, soit en inoculant le parasite aux parties voisines.

Une objection non moins importante que l'on peut adresser à la théorie parasitaire repose sur les divergences qui existent dans la description du parasite donnée par Gruby et Bazin et celle de Lailler, Malassez et Courrèges. Elle repose également sur les changements opérés dans la manière de voir de Bazin, dans l'espace de 20 ans. Toutes ces preuves suffiraient déjà à faire rejeter l'idée de la nature parasitaire de la pelade, si de plus, on n'acquérait la certitude de l'absence de parasite, par l'examen microscopique.

Déjà en analysant les différentes opinions émises par les auteurs, nous avons dit que Gibert, Devergie, Neumann, Rollet n'avaient jamais pu découvrir le microsporon Au-

(1) *Annales de Dermatologie*, t. V, p. 238.

douini, que Bergeron l'avait rencontré une seule fois, il y a 10 ans, et que Lailler l'avait cherché pendant 8 ans sans le trouver.

Quant à nous, chaque fois que nous avons été appelé à traiter un malade atteint de pelade, nous avons commencé par le soumettre à une série d'examens microscopiques. Ces examens ont porté, soit sur le centre des plaques, soit sur leurs bords, soit sur les points voisins et les cheveux situés à la périphérie. Les préparations ont été faites avec le plus grand soin, et, néanmoins, dans aucun cas nous n'avons rien trouvé, ni dans la poussière épidermique, ni dans les cheveux, qui puisse se rapporter au champignon de Gruby ou à celui de Malassez. Ce que nous avons constamment constaté, c'est l'atrophie du bulbe pileux, signalée par certains auteurs et sur laquelle nous insisterons plus loin.

Dès lors, comment expliquer les diverses descriptions du microsporon Audouini données par Gruby, Bazin et Robin, d'une part, Lailler, Malassez et Courrèges, d'autre part. En lisant l'extrait du mémoire de Gruby, dont nous avons reproduit les principaux passages, on est bientôt convaincu que cet auteur a confondu le porrigo decalvans avec l'herpès tonsurant. Pour lui, en effet, le porrigo decalvans se caractérise par des plaques arrondies, couvertes d'une poussière blanche, de petites écailles grisâtres et par la chute des cheveux. Or, cette poussière blanche, ces petites écailles grisâtres, qui sont formées entièrement par des cryptogames, s'observent dans l'herpès tonsurant et non dans la pelade.

C'est également dans la première de ces maladies et non dans la seconde que les cheveux se cassent et qu'on les rencontre entourés d'une grande quantité de cryptogames, qui leur forment une véritable gaîne. Ces cryptogames sont composées, d'après Gruby, de branches, de tiges et de

sporules, composition qui n'est nullement en désaccord avec la structure du trichophyton. Quelques auteurs ont bien prétendu, il est vrai, que ce dernier parasite était uniquement constitué par des spores, mais c'est là une erreur. Il nous est arrivé plusieurs fois, non-seulement dans l'herpès circiné, mais encore dans l'herpès tonsurant, de date récente et à la période de développement, de rencontrer de nombreux tubes de Mycelium et sporophores. Ce caractère ne peut donc servir à différencier le Microsporon Audouini décrit par Gruby d'avec le trichophyton. D'ailleurs, Gruby a assigné vainement aussi des caractères différentiels entre le microsporon mentagrophyte et le trichophyton, car il est parfaitement établi aujourd'hui que c'est le même champignon. La description de Gruby est donc trop précise pour que le doute puisse exister un instant à l'égard de la maladie qu'il a décrite sous le nom de porrigo decalvans et qui n'est autre que l'herpès tonsurant. Son mémoire est du reste intitulé : *Recherches sur la nature, le siége et le développement de la teigne tondante ou de la rhyzo-phyto-alopécie* et rien ne peut prêter à l'équivoque dans ce mémoire, où l'auteur ne parle que de la teigne tondante de Mahon ou herpès tonsurant de Cazenave.

Cazenave n'hésite point à reconnaître cette confusion. En effet, dit-il, bien que les recherches de Gruby aient été faites en vue du porrigo decalvans, sa description de la rhyzo-phyto-alopécie ne permet pas de douter qu'il ait voulu parler de l'herpès tonsurant (1).

A cette époque, la confusion était possible, car l'étude des maladies du cuir chevelu, au point de vue de leur nature parasitaire était encore dans l'enfance. Ce n'est donc point un reproche que nous adressons ici à Gruby, mais

(1) Cazenave. *Traité des maladies du cuir chevelu*, 1840, p. 197.

bien à ses successeurs qui ont accepté ses idées sans les contrôler. Si Bazin, après avoir considéré le mémoire de ce savant comme un roman avait entrepris quelques recherches personnelles sur ce sujet, au lieu de lui emprunter la description du microsporon Audouini, il ne se serait pas exposé à la critique de Robin, qui lui reproche d'avoir admis un champignon sans l'avoir vu et sans le décrire (1). Que Bazin ait vu le parasite de la pelade, cela est douteux lorsqu'on songe combien ses opinions à cet égard se sont modifiées dans l'espace de quelques années. En 1853, il décrit deux parasites, l'un pour la teigne décalvante, l'autre pour la teigne achromateuse, puis, en 1858, il avoue que ces deux parasites ne sont pas différents, ainsi qu'il l'avait supposé; enfin, en 1873, il sépare de nouveau ces deux teignes, et, ce qu'il importe de noter, c'est que pour l'une d'elles il admet non plus un microsporon, mais le trichophyton. Dès lors, pour Bazin, la teigne décalvante n'est qu'une phase de la teigne tonsurante et est due au même parasite.

Ce qui surprend encore dans la description de Bazin, c'est le passage relatif à la disposition du parasite à l'égard du cheveu. Il est évident qu'il a confondu l'enroulement de la gaîne avec le mycelium, car la disposition racémiforme est due à la déchirure de la gaîne. Comme nous, Lailler, Malassez et Courrèges n'ont jamais vu dans aucune forme de pelade la lésion du poil décrite et figurée par Bazin (2). Le professeur de Saint-Louis est allé jusqu'à citer un cas de microsporon de l'ongle, observé chez un enfant. Mais c'est là un fait qui prouve une fois de plus que Bazin a confondu le trichophyton et le microsporon. Il n'existe pas de pelade de l'ongle, tandis que l'onychomycosis trichophytique n'est point rare. Nous en avons montré plu-

(1) Robin, *loc. cit.*, 24.

(2) Courrèges, *loc. cit.*, p. 38.

sieurs exemples, soit dans nos cliniques, soit à la Société des sciences médicales de Lyon. Nous dirons même que, de toutes les affections parasitaires du cuir chevelu, l'herpès tonsurant est celle qui se transmet le plus fréquemment aux ongles. Mais, si l'on en juge par l'absence de description dans l'ouvrage de Bazin, il semble qu'il ait peu vu d'onychomycosis trichophytique. Dès lors, il a pu confondre, et c'est ce que nous croyons, la lésion de l'ongle que présentait cet enfant.

Rien n'est plus confus également que la description du microsporon Audouini dans l'ouvrage de Robin. Il est facile de voir, du reste, que cet auteur a puisé cette description dans Gruby et Bazin. Toutefois, il est vrai que dans une note, Robin fait savoir qu'il a pu vérifier sur un cas offert par un enfant, l'exactitude d'une partie des faits publiés par Gruby; mais il n'est point douteux qu'il n'ait eu affaire dans ce cas à un herpès tonsurant. Le passage suivant ne peut laisser subsister aucun doute à cet égard : « le prétendu principe éminemment contagieux de l'herpès tonsurant dont les dermatologues spécialistes se plaisent à reconnaître la nature vitale n'est autre chose que le microsporon que je viens de décrire » (1).

Quant à la description du parasite de la pelade, donnée par Lailler, Courrèges et Malassez, elle diffère essentiellement de celle de Gruby et de Bazin. De plus, le parasite se trouve dans la poussière fine du cuir chevelu située dans le voisinage des plaques ; il existe partout, sauf dans le cheveu malade, suivant Lailler et ses élèves (2).

Mais ce champignon existe-t-il? et, dans ce cas, est-il spécial à la pelade ?

Ce champignon peut exister, au dire de certains auteurs; toutefois il n'implique en rien la nature parasitaire de la

(1) Robin, *loc. cit.*, p. 492.

(2) *Union médicale* 1874, p. 402.

pelade. Le passage suivant, emprunté à l'excellent travail de Renault, est très-explicite à cet égard : « J'ai trouvé, dit cet auteur, dans l'épiderme, des spores rangées entre les différents lits des cellules cornées, et cela aussi bien dans l'érysipèle que sur la peau absolument saine. Il est, du reste, très-fréquent de trouver différents germes dans les couches superficielles de l'épiderme en dehors de tout état pathologique défini (1).

Depuis les travaux de Malassez on a, en effet, rencontré ce parasite sur le cuir chevelu de sujets non atteints de pelade, et, dans une conversation des plus agréables que nous avons eue avec Lailler, ce dermatologiste nous a paru si peu convaincu de la nature parasitaire de cette affection, qu'il nous a avoué avoir trouvé le parasite sur lui-même.

On conçoit facilement, du reste, que des spores puissent se déposer sur le cuir chevelu, l'air en entraînant constamment, mais ces spores ne sont point la cause de la pelade, et nous pensons que Lailler, Courrèges et Malassez se sont trop avancés en leur faisant jouer le rôle que nous avons indiqué.

Quant à nous, d'après les faits que nous venons d'exposer, nous nous croyons autorisé à affirmer que la pelade n'est pas une maladie parasitaire, qu'elle n'est pas non plus, par conséquent, une teigne, et que sa place dans le cadre nosologique n'est point à côté du favus ou de l'herpès tonsurant.

C) Quelle est donc la nature de la pelade, et quelle place doit-on lui assigner dans le cadre nosologique des maladies cutanées ?

Pour essayer de répondre à la première de ces questions, il est de toute importance de parcourir les diverses phases de la pelade; peut-être alors trouverons-nous dans l'évolu-

(1) Renault, *OEdème et érysipèle de la peau*, p. 23.

tion de cette maladie quelques symptômes capables d'en éclairer la nature.

Lorsqu'on examine une plaque de pelade en voie de développement, on est frappé tout d'abord par l'alopécie. Les cheveux font complétement défaut; ils ne sont point cassés ras le cuir chevelu, comme dans l'herpès tonsurant, mais ils sont tombés entiers, les follicules pileux sont vides et leurs orifices fermés. A la périphérie de la plaque, les cheveux ont tous leurs caractères extérieurs normaux, pas de sécheresse, pas de changements de coloration ni de résistance. On les arrache sans les briser, et alors on constate à l'examen microscopique une altération du bulbe. Celui-ci est atrophié, dépourvu de cellules et de pigment; il affecte des formes variées, il est noueux et plus ou moins fléchi sur lui-même au niveau du collet. Le canal médullaire n'existe plus dans la racine et les gaînes font défaut jusqu'à une certaine hauteur. Quelquefois la gaîne est enroulée autour de la tige, à la manière du lierre.

La coloration de la peau paraît plus blanche; il y a, en effet, absence de toute hypérémie et, lorsqu'on fait baisser la tête au malade, les plaques de pelade ne rougissent pas, à la manière de celles du favus épilé; il semble que la circulation y soit moins active. Toutefois, en les frictionnant, on détermine un peu d'érythème. Il n'y a pas absence de pigment, mais ischémie. La sensibilité est intacte; la chaleur est normale. Au toucher, on éprouve une sensation douce, soyeuse, qui dépend de la finesse de l'épiderme et rappelle celle qui existe au niveau des plis articulaires chez les personnes dont la peau est fine. Du reste, aucun produit inflammatoire, ni aucune sécrétion physiologique épidermique ou glandulaire. Le derme paraît sain; les fonctions des organes ne sont nullement influencées par cette maladie, qui se montre indifféremment sur les sujets des deux sexes, d'âges et de tempéraments divers, mais

toujours peut-être sur des sujets doués d'une bonne constitution. Enfin, la pelade ne reste pas constamment localisée au cuir chevelu, elle peut encore envahir les soureils, la barbe, toutes les régions, en un mot, couvertes de poils.

Tels sont les caractères de la pelade pendant la période de développement.

Lorsque la maladie entre dans la période de guérison, le premier phénomène que l'on observe, c'est le changement de coloration de la peau. Celle-ci commence par rougir; un fin duvet apparaît, puis la rougeur augmente jusqu'à ce que la peau ait recouvré sa coloration normale; plus tard, le duvet est remplacé par des poils plus résistants, plus colorés, enfin par des cheveux normaux. Leur coloration cependant est plus foncée et le bulbe reste quelquefois longtemps atrophié. La guérison est, en général, la règle; toutefois elle se fait plus ou moins attendre et les récidives ne sont pas très-rares.

Comment interpréter ces divers phénomènes? Rindfleisch a essayé d'expliquer l'atrophie du bulbe. Suivant lui, le follicule est tout à fait intact, mais la résistance que le poil éprouve à l'endroit le plus rétréci du follicule, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de l'orifice des glandes sébacées, ne peut plus être vaincue par la pression produite par la croissance du poil; celui-ci est donc arrêté à cet endroit et ses cellules se métamorphosent et deviennent granulées. Aussi le poil se casse-t-il avec une facilité telle qu'une traction, même modérée, exercée sur lui suffit pour l'arracher. La partie inférieure du poil, très-molle, subit un gonflement particulier et devient noueuse, ce qui provient de ce que les éléments fournis par le bulbe, quoique insuffisants pour le développement d'un cheveu normal, produisent néanmoins avec le temps, un corps cellulaire difforme, de dimension notable(1).

(1) Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*, traduit par Gross. 1873, p. 344.

Hebra avoue que les recherches anatomiques, quoique fort nombreuses, faites jusqu'à ce jour n'éclairent point les phénomènes pathologiques qui caractérisent la pelade. Il regarde la description de Rindfleisch comme étant longue et entortillée. Il admet seulement avec cet auteur l'existence du renflement noueux que l'on observe au-dessus du bulbe, et pour lui, « ce renflement est très-manifestement formé par la gaîne de la racine qui est restée adhérente au cheveu, retroussée en forme de manchette dont la cavité est tournée vers le cheveu. » Ce fait n'a toutefois aucune importance, car il existe également dans d'autres affections du cuir chevelu, telles que la séborrhée et le pityriasis. Les cheveux n'offrent, en réalité, d'après cet auteur, aucune altération spéciale.

Cette absence de travail pathologique appréciable a conduit Hebra à admettre que l'alopécie areata est produite par une lésion de l'influx nerveux qui se traduit par un trouble de nutrition (trophonévrose) dans la formation et la reproduction des cheveux. Dès lors, il classe la pelade dans les atrophies cutanées.

Neumann partage l'opinion d'Hebra au sujet de la nature de la pelade.

Différents faits viennent à l'appui de cette manière de voir. Ainsi Wilson cite l'observation d'une dame chez laquelle le développement de la pelade fut précédé de névralgies du tronc et de la tête. Il rapporte aussi un cas où plusieurs membres de la même famille furent atteints de cette maladie, ce qui en démontre la disposition héréditaire. Rayer mentionne le cas rapporté par Ravaton, d'un homme qui, après une violente commotion, fut atteint d'une amaurose de l'œil droit, d'une décoloration et de la chute des cheveux, des sourcils et des cils du même côté (1).

(1) Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. III, p. 741.

Romberg a vu une femme atteinte de paralysie de la face chez laquelle il survint des places chauves sur le côté malade de la tête (1).

Hebra fait aussi remarquer, en faveur de l'hypothèse d'un trouble dans l'innervation, que l'affection débute brusquement, sans prodromes, et s'arrête également d'une manière brusque (2).

En faveur de cette même hypothèse, nous pouvons rappeler le fait, signalé par Schenckius, d'une jeune fille qui, trouvant le matin son père mort dans son lit, en éprouva un tel ébranlement moral, qu'en quatre jours elle perdit tous ses cheveux, et qu'elle resta, en grande partie, chauve toute sa vie (3). Les faits de ce genre ne sont point rares, et notre collègue Gailleton nous citait tout récemment le cas de deux sœurs qui, à la suite d'une frayeur, furent atteintes, l'une d'un psoriasis et l'autre d'une pelade.

L'expérimentation vient encore à l'appui de cette manière de voir et démontre qu'un trouble de l'influx nerveux peut déterminer la chute des poils au niveau des points correspondants à l'action du nerf lésé. Steinrüch a, en effet, observé que sur des lapins auxquels il avait fait la section du nerf sciatique, les poils que l'on coupait sur le membre correspondant ne poussaient plus et tombaient en partie (4).

En résumé, il est incontestable que la pelade est le résultat d'un trouble de nutrition du cheveu, par suite d'une lésion non encore déterminée de l'influx nerveux. C'est donc dans la catégorie des maladies cutanées de cause nerveuse qu'elle doit figurer, et non dans la classe des teignes.

(1) Hebra, *loc. cit.*, t. II, fasc. 1, p. 242.
(2) Hebra, *loc. cit.*, t. II, fasc. 1, p. 200.
(3) Cazenave, *Traité des maladies du cuir chevelu*, 1850, p. 47.
(4) Hebra, *loc. cit.*, t. II, fasc. 1, p. 242.

II.

TRAITEMENT DE LA PELADE.

La nature de la pelade une fois établie, il devient facile d'instituer pour cette maladie un traitement rationnel. Du moment, en effet, que son développement ne peut être attribué à un parasite végétal, il est inutile d'avoir recours aux parasiticides. Il est vrai que l'on pourra dire que ces substances ont donné des succès et que c'est à tort que l'on renonce à leur emploi. Mais si l'on cherche à se rendre compte de l'action des divers moyens préconisés à ce titre, on est bientôt convaincu que leur action se borne à irriter le follicule pileux, irritation qui en stimule la nutrition. C'est ainsi qu'agissent dans la pelade les pommades à base de sublimé, les liquides alcooliques et éthérés, le goudron, l'acide phénique, etc...

L'épilation recommandée par Bazin n'a pas d'autre effet. A la première période de la pelade, les cheveux et les poils follets faisant complétement défaut, les mors de la pince ne peuvent qu'irriter la peau; car, ainsi que l'a dit Bergeron, on n'épile pas une bille d'ivoire. A la seconde période, lorsque les cheveux commencent à repousser, l'épilation des poils follets irrite plus ou moins les follicules pileux. La rasure, recommandée par Lailler, et déjà préconisée par Celse (1), tend également à produire cette irritation du cheveu. Toutefois, ce moyen n'a pas répondu à notre attente, et nous n'avons pu en retirer aucun effet. Nous mentionnerons encore les applications réitérées de vésicatoires, recommandées par Drysdale, qui n'ont pas d'autre but. Dès lors, le traitement de la pelade consiste uniquement à em-

(1) Lorry, *Tractatus de morbis cutaneis*, p. 606 et 607.

ployer des substances capables d'irriter le follicule pileux et à modifier l'état général, dans les cas où l'on suppose que la trophonévrose est sous la dépendance de la constitution. Sans doute, ces substances sont nombreuses ; mais, parmi elles, il en est une qui nous avait semblé devoir mieux remplir cette indication ; cette substance, c'était le thapsia. Nous avions été devancé dans ce choix, soit par Piso et Mercurialis (1), qui conseillent la poudre de thapsia, soit par Plenck, qui donne la formule d'une pommade dans laquelle entre également cette substance. C'est sous la forme d'emplâtre, ainsi qu'on le trouve dans le commerce, que nous avons expérimenté le thapsia ; mais l'éruption qu'il produit dans ce cas est insuffisante, elle ne ressemble point à ce que l'on voit lorsqu'on l'applique sur la poitrine, et dès lors nous y avons renoncé.

L'huile de croton nous a paru avoir une action bien plus efficace, et dans les différents cas où il nous a été donné de l'employer, la guérison de la pelade est survenue dans un temps relativement assez court. Nous nous en servons de la manière suivante : On coupe un morceau d'amadou de la grandeur de la plaque de la pelade sur laquelle on veut agir, on l'imprègne légèrement d'huile de croton, puis on l'applique sur cette plaque ; on le recouvre d'une couche de coton et on le fixe au moyen du bandage appelé capeline. Le lendemain, on enlève le pansement, et on constate une éruption pustuleuse plus ou moins confluente, non-seulement à la surface de la plaque de la pelade, mais encore à la périphérie, au niveau de chaque cheveu. Les jours suivants, on fait une onction avec de l'huile d'amandes douces, si la peau est exulcérée ; dans le cas contraire, on laisse l'éruption artificielle suivre son cours naturel. Lorsque l'éruption est guérie, ce qui a lieu

(1) Lorry, *loc. cit.*

ordinairement en moins de 8 jours, on renouvelle l'application d'huile de croton et on continue, ainsi que nous venons de l'expliquer, jusqu'à ce que les cheveux repoussent. Sous l'influence de ces applications, on voit bientôt la peau rougir, et cela d'autant plus vite que la pelade est moins avancée, puis se recouvrir d'un fin duvet, de poils follets, ensuite, et enfin, de cheveux normaux, mais de coloration plus foncée que dans les parties saines. Lorsqu'il existe plusieurs plaques de pelade, on les panse, non pas toutes à la fois, mais alternativement, afin de ne pas produire une inflammation trop intense du cuir chevelu.

Ce moyen est peu douloureux, les petits malades ne se plaignent que lorsqu'on enlève le pansement ; il ne détermine aucun accident du côté du cerveau ; il n'apporte aucun trouble dans l'économie, et les enfants continuent à sortir et à jouer. Quant à son action sur la pelade, elle ne peut être mise en doute, ainsi que cela ressort des faits qu'il nous a été donné d'observer. Nous ajouterons encore qu'aucun des moyens préconisés jusqu'à ce jour ne donne un résultat plus prompt, car la guérison est complète au bout de quelques mois.

Il est bon de dire que, dans certains cas rebelles, l'huile de croton détermine peu d'éruption ou reste sans effet au niveau de la plaque de pelade, tandis que les pustules sont plus ou moins confluentes à la périphérie. Dans ces cas, il faut laisser le pansement deux ou trois jours à demeure. D'ailleurs, le même morceau d'amadou, restant suffisamment imprégné, peut servir à plusieurs applications successives. Lorsque la pelade commence à entrer dans la période de guérison, on peut remplacer les pansements à l'amadou par des frictions avec un mélange d'huile de croton et d'huile d'amandes douces (huile de croton 10 grammes, huile d'amandes douces 30 grammes), dont l'action est généralement suffisante pour produire l'éruption pustu-

leuse qui caractérise l'inflammation des follicules pileux.

CONCLUSIONS.

1° La pelade n'est point une maladie parasitaire ;

2° Cette maladie ne doit donc pas être classée avec les teignes et paraît être constituée, ainsi que l'admettent certains auteurs, Hebra en particulier, par un trouble de nutrition des cheveux, dû à un trouble de l'influx nerveux ;

3° Son traitement consiste, dès lors, non dans l'emploi des parasiticides, non plus que dans l'épilation, mais dans l'usage des substances capables d'exciter la vitalité des follicules pileux et, parmi elles, l'huile de croton tiglium jouit suivant nous d'une supériorité incontestable.

NOTES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, par le Dr Adrien CHARPY.

(Suite.)

4° *Des périodes de la syphilis acquise.*

Ricord, le premier, a nettement distingué dans l'évolution des accidents syphilitiques deux périodes : la période secondaire, qui comprend tous les accidents relativement précoces, à lésion superficielle, et fixée surtout sur la peau et les muqueuses ; la période tertiaire, où se rangent les accidents tardifs, à lésion profonde et à siége de préférence viscéral.

Si l'on ne considère la syphilis que dans son évolution commune habituelle, cette division est vraie ; aussi est-elle entrée dans le domaine général, elle est devenue classique, elle a cours chez tous les syphiligraphes. Mais à combien d'erreurs n'est-on pas exposé, si on la prend à la lettre, et si on en fait un principe dont tous les cas sont justiciables ! Je me propose de montrer comment des études cliniques plus complètes et surtout les recherches de l'anatomie pathologique ont grandi et transformé ce cadre premier, et apporté de nouvelles idées sur la manière générale de concevoir l'évolution de la syphilis.

Tout d'abord l'anatomie pathologique a introduit une autre période, celle de la cachexie. Sans doute, et fort heureusement, elle n'est pas constante ; c'est l'infime minorité des malades qui lui paye son tribut. Mais elle n'en a pas moins dans certains cas une existence avérée. Elle est ca-

ractérisée par des lésions sans spécificité, communes à toute cachexie : la dégénérescence amyloïde et la dégénérescence graisseuse. C'est par ces lésions tardives, ultérieures aux productions gommeuses, et atteignant surtout le foie et le rein, que meurent un certain nombre de syphilitiques arrivés au marasme, à l'affaiblissement général.

Voici donc déjà une période quaternaire. Mais ce n'est pas tout, et le sens même des mots secondaire et tertiaire a été profondément modifié. Le mot secondaire impliquait autrefois une notion de chronologie et de siége ; un accident était dit secondaire parce qu'il se montrait à une époque peu éloignée du chancre infectant, et qu'il se fixait sur des tissus superficiels, la peau et les muqueuses. Il est bien vrai que d'une manière générale les accidents débutent par les tissus de revêtement, puis de là vont aux tissus fibro-séreux, et n'envahissent que plus tard les organes centraux. Mais si l'on remarque d'une part que cet ordre chronologique est souvent interverti, et d'autre part qu'un même tissu, la peau, les tendons, le foie, peut être le siége de lésions complétement différentes, on est obligé de chercher la caractéristique de l'accident dans sa nature anatomique. C'est là en effet que nous ont conduit les recherches si précises et si étendues de Virchow. Nous savons aujourd'hui que les mêmes lésions se retrouvent dans la profondeur des viscères comme sur la peau et les muqueuses ; que des accidents précoces, contemporains des premières poussées éruptives, peuvent atteindre les organes splanchniques ; et qu'une affection n'est pas tertiaire par cela seul qu'elle siége dans le foie ou les reins. L'accident secondaire, aujourd'hui, est celui qui évolue à la façon d'une inflammation commune, depuis le stade de congestion jusqu'aux formes suppuratives ; l'accident tertiaire est celui qui procède à la façon d'une tumeur, et se caractérise par

des dégénérescences caséeuses, aiguës ou lentes, qui détruisent les tissus d'une façon irréparable.

Telle est la seconde modification apportée à l'œuvre de Ricord ; le sens des mots secondaire et tertiaire est devenu anatomique, et les rapports de chronologie et de siége ne sont plus que des coïncidences plus ou moins fréquentes, importantes à connaître, mais sans signification absolue.

Un dernier changement se réalise, et l'on est en voie actuellement de scinder, plus profondément que ne l'avaient fait Ricord et Bassereau, la période secondaire. Il y a, en effet dans cette période une époque tardive, où les éruptions sont limitées, où les accidents viscéraux sont localisés ; tous ces accidents ont une marche lente, ils tendent à l'organisation fibreuse, et semblent tenir le milieu entre les poussées éphémères du début, et la marche envahissante et destructive des gommes tertiaires. Mais, entre le chancre initial et cette époque tardive, se place une époque précoce, sur laquelle des travaux s'accumulent depuis plusieurs années, et qu'on pourrait appeler le stade d'invasion.

A ce stade d'invasion se rapportent les accidents suivants :

1° L'adénite généralisée. Elle est trop connue pour que j'y insiste ;

2° Les altérations du sang. Constatées déjà chimiquement par Grassi, elles seront mieux connues quand on appliquera à leur recherche les procédés exacts de mensuration et de dosage dont nous disposons aujourd'hui ;

3° La fièvre. Signalée par Bassereau, puis par Lancereaux, elle a donné lieu à des recherches suivies, soit à Lourcine, soit en Allemagne. M'est-il permis de dire que sa fréquence me paraît avoir été bien exagérée, et que des recherches thermométriques fréquentes, faites à l'hospice de l'Antiquaille, font penser aux syphiligraphes lyonnais que ce n'est qu'un accident exceptionnel et ne se rencontrant guère que dans les syphilis graves ;

4° Les éruptions du système tégumentaire. Il n'y a rien à ajouter aux descriptions si complètes de Bassereau. Je rappellerai la roséole, les papules généralisées, le vitiligo du cou. Un fait remarquable, c'est le polymorphisme fréquent de ces éruptions de début, concomitament avec les catarrhes des diverses muqueuses ;

5° Les accidents névropathiques. Aux névralgies, depuis longtemps connues, il faut joindre les accidents plus rares et plus singuliers, boulimie, tremblement, décrits par M. Fournier ;

6° Les ostéo-synovites. Ce groupe comprend les périostoses précoces et les arthrites subaiguës, presque rhumatismales, contemporaines d'une roséole ou d'une syphilide papuleuse et dont les observations, rares d'ailleurs, sont consignées dans l'ouvrage de Lancereaux ;

7° La tuméfaction de la rate, signalée récemment par Weil, dans la période d'invasion, et qui assimile la syphilis aux intoxications paludéennes ;

8° L'ictère. Gubler, qui a écrit à ce sujet la nosographie la plus complète, l'attribue avec raison, je crois, à la congestion du foie. Cet accident est à rapprocher du précédent ;

9° L'albuminurie. Il ne s'agit pas ici des néphrites interstitielles, à forme fibreuse ou gommeuse, que l'on observe à une époque éloignée du chancre, mais de ces néphrites parenchymateuses précoces dont Lancereaux et Perroud ont rapporté plusieurs exemples.

Tel est l'ensemble de ces accidents qui se rattachent au stade d'invasion. Sans doute, leur fréquence et leur gravité ne sont point identiques, mais ils se ressemblent par des caractères communs. Ils apparaissent simultanément et à un moment rapproché du chancre initial ; ils ont un caractère inflammatoire qui ne tend ni à la transformation fibreuse, ni à la fonte purulente ; leur marche est subaiguë,

leur pronostic relativement bénin, du moins pour l'accident en lui-même.

Il y aurait encore lieu de discuter ce que deviennent les périodes classiques dans la syphilis maligne, comment elles se devancent, empiètent les unes sur les autres et deviennent pour ainsi dire sub-intrantes ; mais ce serait aborder une vaste question que je n'ai pas l'intention de traiter en ce moment. Il me suffit d'avoir indiqué les principaux changements qui se sont accomplis dans les idées des syphiligraphes sur la façon d'interpréter la marche de la syphilis acquise.

5° *De l'évolution de la syphilis héréditaire.*

La syphilis héréditaire reste toujours le chapitre le plus obscur de toute la spécialité, non que son étude ait été dédaignée des médecins, mais à cause de la difficulté même de cette étude. L'attention, dans ces dernières années, s'est reportée surtout sur l'origine de la syphilis héréditaire et sur son anatomie pathologique. Quant aux symptômes, je ne connais guère que la thèse de M. Viollet, et surtout celle de M. Madier-Champvermeil (Paris, 1874), qui en aient abordé un côté nouveau et important. Mais personne ne s'occupe de la marche, de l'évolution de la syphilis chez les enfants, et c'est sur ce point, environné de tant d'erreurs, que je veux essayer d'apporter quelque lumière.

Il est d'abord bien entendu qu'il ne s'agit ici que de la syphilis héréditaire et non acquise. Combien d'erreurs proviennent de ce que les observateurs n'ont pas distingué ces deux origines ! Pour un grand nombre de médecins, syphilis infantile est synonyme de syphilis héréditaire ; tout nourrisson de 1 à 3 mois, présentant la syphilis, l'a reçu de ses parents. Or, les exemples, si nombreux aujourd'hui, de syphilis transmise par des nourrices malades, démon-

trent que l'âge ne signifie rien pour juger de l'hérédité de l'affection. D'une façon générale, tout enfant qui présente une adénite généralisée et une roséole commune doit être tenu pour suspect d'une syphilis acquise.

Étant donc donnée une syphilis transmise au fœtus par ses parents, qu'adviendra-t-il de cet enfant? Je distinguerai les trois cas suivants : l'avortement, la naissance plus ou moins à terme d'un enfant atteint de syphilis grave ; la syphilis commune ou bénigne du fœtus.

Je ne dirai rien ici de l'avortement ; je renvoie aux traités spéciaux pour l'étude de sa fréquence et de l'époque à laquelle il se produit.

Il me reste donc à examiner le cas où l'enfant naît viable et atteint d'une syphilis, actuelle ou près d'éclore. Or, comme je l'ai dit, on peut observer deux formes différentes :

1° *Syphilis héréditaire grave.*—La syphilis maligne des enfants revêt plusieurs formes, également redoutables. Tantôt c'est une cachexie simple, primitive, sans qu'aucun accident spécifique puisse être constaté pendant la vie ou à l'autopsie ; l'enfant meurt dans la première semaine, plus rarement dans la seconde ou la troisième, comme meurent les vieillards syphilitiques, par épuisement, par déchéance de tous les tissus ; tantôt c'est un pemphigus congénital ou qui éclot dans la première semaine. Plus rarement, la syphilis se manifeste par des gommes du foie, du thymus...., que révèle l'autopsie. Plus rarement encore, une éruption générale d'ecthyma couvre le corps du nouveau-né du 15e au 25e jour et rappelle l'invasion des syphilis graves chez l'adulte.

Ces formes diverses ont ceci de commun qu'elles sont précoces, presque toujours congénitales, et qu'elles sont suivies de mort dans l'immense majorité des cas. Il est

juste d'ajouter qu'on les observe surtout chez les enfants dont les mères sont atteintes de syphilis récente et qui ont négligé le traitement mercuriel.

On peut dire de ces enfants qu'ils sont d'emblée tertiaires. A quoi tient cette gravité précoce, cette malignité de l'accident ? Sans doute à l'altération du sang maternel et à la fragilité des tissus de l'embryon, mais avant tout à l'endométrite placentaire. Cette endométrite est fréquente; elle place le fœtus dans la situation d'un phthisique en l'affaiblissant par apnée, et c'est seulement ainsi que l'on conçoit que l'utérus d'une femme syphilitique puisse être pour l'enfant un logement insalubre. C'est cette endo-placentite syphilitique qui est l'indication principale du traitement mercuriel pendant la grossesse.

2° *Syphilis héréditaire commune.* — Je comprends sous ce nom la forme commune et la forme bénigne. Voici quelles en sont les principales variétés : dans la forme la plus bénigne, on ne constate que de l'érythème squammeux (voir *Thèse de Madier*) et des plaques muqueuses. Une forme plus accentuée nous montre des papules plus ou moins confluentes, associées ou non à l'érythème squammeux et à quelques pustules ; des plaques muqueuses, surtout labiales et ano-génitales ; des catarrhes purulents du nez, de l'oreille.

On peut admettre en règle très-générale que les accidents débutent du 20 au 25e jour ; le début avant le 15e ou après le 30e jour est exceptionnel.

Mais à quel moment s'arrêtent ces accidents ? quel en est le pronostic ? Que deviennent les enfants atteints de syphilis commune ? Sur cette question tous les auteurs sont muets, sans doute à cause de la difficulté de suivre ces observations pendant plusieurs années. Je crois pouvoir donner les renseignements suivants :

Il faut distinguer entre les enfants nourris au biberon, tel que cela se pratique généralement dans les crèches, et les enfants allaités par une nourrice. Les enfants allaités artificiellement meurent tous ou à peu près tous (*voir* Gailleton, *in Lyon médical*, 1874). Les enfants allaités par une bonne nourrice, guérissent dans les 2/3 des cas.

Cette dernière proposition pourra paraître surprenante; mais, j'ai pour la défendre : d'abord l'observation de plusieurs enfants syphilitiques que j'ai suivis pendant plusieurs années, et ensuite une remarque faite dans les hôpitaux d'enfants. Il existe à Lyon deux services d'enfants pour les maladies vénériennes et cutanées : une crèche pour les enfants de 0 à 5 ans et un service pour les enfants de 5 à 20 ans. Si des accidents ultérieurs se manifestaient chez des enfants syphilitiques après la première année, ces malades rentreraient forcément dans un des deux services, où on les observerait. Or, je tiens de M. Gailleton, si expérimenté en pareille matière, et qui a eu pendant six années les deux services d'enfants, que jamais il n'a constaté d'accidents sur des enfants syphilitiques héréditairement, passé la première année, et surtout après deux et trois ans. Il est probable que les cas décrits sous ce nom par les auteurs se rapportent ou à des syphilis acquises ou à des lupus serpigineux qui en imposent si facilement pour une syphilide.

Voici donc un fait singulier. Les enfants atteints de syphilis héréditaire commune ont des accidents bénins et superficiels, qui vont en diminuant à mesure que la première année touche à sa fin. Passé ce temps, ils n'ont plus d'accidents. Ils paraissent même n'avoir jamais d'accidents tertiaires, jamais de gommes. Quant au tiers qui succombe, il meurt par cachexie simple.

Il me reste à déterminer la proportion des syphilis graves et communes. Mais je ne possède qu'un nombre insuffisant

d'observations ; il en faudrait au moins deux cents, bien authentiques et bien suivies ; or, mes notes ne comprennent guère que soixante enfants syphilitiques. Si j'en juge d'après ces faits, et d'après quelques autres que j'ai observés plus sommairement, je serais porté à émettre une opinion bien différente de celle qui a cours parmi les syphiligraphes. On est habitué à considérer la syphilis infantile comme toujours maligne, presque toujours mortelle ; ceci tient à l'incertitude du diagnostic dans les cas bénins. On ne regarde comme syphilitiques que les affections à lésions graves : pemphigus, ulcère, gommes. Mais la proportion change complétement si par l'expérience de la syphilis infantile on est arrivé à juger sûrement et à reporter à leur cause spécifique des accidents tels que les papules discrètes, ou l'érythème squammeux. Dans ces conditions, je ne crois pas que le nombre des syphilis héréditaires graves dépasse le chiffre de 15 pour 100 (non compris les avortements). Si maintenant on se rappelle qu'en supposant les 85 syphilis communes allaitées par une nourrice, on obtient les deux tiers de guérison, on arrivera ainsi à 56 guérisons sur 100, soit plus de moitié, sur la masse totale des enfants syphilitiques.

6° *Des gommes cutanées.*

Parmi les accidents ulcéreux que la syphilis peut provoquer sur la peau, les uns ne sont qu'une complication d'un élément éruptif, papules ou pustules, et n'ont dès lors qu'une importance secondaire ; les autres, au contraire, plus tardifs et plus graves, semblent constituer à eux seuls toute la lésion et doivent être rangés dans le groupe des *ulcérations* proprement dites.

Ces ulcérations sont des accidents qui peuvent être secondaires, si on les classe chronologiquement, mais qui ana-

tomiquement sont tertiaires, c'est-à-dire qu'elles appartiennent au groupe des néoplasies gommeuses.

La peau peut être perforée de deux manières par des gommes : Ou bien ce sont des lésions qui débutent au-dessous du derme et l'envahissent secondairement pour se faire jour au dehors. De ce nombre sont les gommes musculaires, les gommes périostiques, et surtout les gommes du tissu cellulaire sous-cutané. En général, ces dernières ont une marche aiguë, elles évoluent à la façon d'un abcès, avec un cortége inflammatoire intense ; ce sont elles qui, en quelques jours, creusent sur la jambe ou l'épaule des cavités profondes, nettement délimitées et d'aspect pultacé ; ce sont elles qui perforent si soudainement la voûte palatine et le voile du palais. — Ou bien ce sont des ulcérations qui, tout en revêtant le même type que les lésions précédentes, en diffèrent par leur siége superficiel et leur lenteur d'évolution ; elles semblent vraiment nées dans le derme, et à ce titre je les appelle *gommes cutanées* par opposition aux premières. Les gommes sous-cutanées sont aiguës, envahissantes, profondes et solitaires. Les gommes cutanées sont lentes, circonscrites, superficielles et multiples ; ce sont les seules que je veux décrire.

Les gommes cutanées sont mal étudiées dans les livres de syphiligraphie. Bassereau, qui a si bien distingué les lésions plus simples de la syphilis, a donné un tableau confus des formes graves ; il décrit accessoirement les gommes cutanées sous le nom de tubercules profonds ulcérés.

Leur physionomie est exactement celle du *chancre mou*. Des bords taillés à pic, à l'emporte-pièce ; une surface grisjaunâtre qui secrète du pus ; un contour en ellipse, ou circulaire, ou réniforme ; tels sont les caractères saillants de la lésion. L'inflammation de la zone périphérique est peu accusée, comme œdème, hypérhémie ou tuméfaction ; pas d'adénite. Le diamètre des ulcérations varie depuis 1 jus-

qu'à 5 centimètres, leur profondeur est de 1 à 3 millimètres. — Elles sont presque toujours *multiples* sur la même région. C'est ainsi que j'en ai vu 15 ou 20 sur une seule jambe ; 2, 6, 12, sur la face ; 3 dans le pharynx d'une femme. Parfois elles sont assez confluentes pour que leurs bords se réunissent ; il en résulte une plaque ulcérée à contours festonnés ; c'est ce qu'on voit fréquemment sur la région poplitée chez les adultes, sur la région fessière dans la syphilis héréditaire. — Leur *siége* est caractéristique ; car elles occupent de préférence quelques parties peu nombreuses. Ces lieux d'élection sont la face, les fesses, les grands plis articulaires et les jambes. Aux jambes, c'est le segment moyen, le mollet, qui est atteint ; les plis poplité, inguinal, cubital ; aux fesses, c'est la partie péri-anale ; à la face, ce sont surtout le nez et les commissures labiale et palpébrale.

La *cicatrice* des gommes cutanées est cette cicatrice bien connue qui se présente sous forme d'une plaque annulaire, lisse et mince, avec ou sans pigmentation. Quelquefois, sur la face, cette surface est traversée par de petites brides radiées, simulant alors un lupus guéri ou une brûlure ancienne. Mais sur le reste du corps ces coutures ne se rencontrent presque jamais.

La *marche* de ces ulcérations est essentiellement lente. Elles peuvent durer des semaines et des mois avant que le malade ne réclame l'intervention de l'art ; elles ne s'étendent guère en profondeur ou en surface, mais elles gênent le malade parce qu'elles se multiplient sur la région qu'elles ont choisie. Et de même, leur marche descendante est tout aussi chronique ; elles résistent longtemps au traitement local et à l'iodure, et lui sont certainement plus rebelles que les gommes aiguës sous-cutanées. — Aussi leur *durée* totale est-elle considérable, non pour chaque ulcération, mais pour l'ensemble de la maladie. Ce sont toujours des

poussées successives ; une gomme est à peine fermée, que déjà une autre s'élève tout à côté, et la même région peut offrir le mélange d'éruptions datant de quelques jours à côté de cicatrices qui remontent à plusieurs années. Cette durée totale se compte toujours par mois et souvent par années ; j'ai vu des malades qui ne cessaient depuis 2, 4, 6 ans d'avoir des poussées gommeuses, et cela sur le même point du corps.

Le *pronostic* découle de toutes ces données. Il repose sur ces trois faits : que l'ulcération ne guérit qu'avec une cicatrice superficielle, il est vrai, mais suffisante pour produire des déviations des paupières ou des lèvres, et gêner les mouvements articulaires, cicatrice qui a toujours d'ailleurs l'inconvénient de stigmatiser la région ; — que ces ulcérations sont à poussées multiples, successives, qui, outre la longue durée de la maladie, ont parfois pour effet, quand elles deviennent confluentes, de déformer complétement un orifice naturel. C'est ainsi que fréquemment les lèvres sont tuméfiées, et l'orifice buccal diminué de diamètre. Mais c'est au nez surtout que les désordres sont plus irréparables. Sur deux malades que j'ai observés, des gommes développées lentement et successivement sur le rebord nasal, avaient détruit une partie des ailes et la sous-cloison ; le lobule nasal, rouge et tuméfié est attiré de plus en plus vers l'épine nasale, à mesure que se rétrécit la sous-cloison ulcérée ; le nez s'aplatit, les deux narines sont presque fermées, et l'effet ultime est identique à celui de certains lupus. — Enfin, ces lésions persistantes appellent des poussées plus graves. Ce sont autant de foyers qui distribuent des germes infectieux aux organes profonds, et qui, en tout cas, altèrent le sang. Il faut donc toujours redouter ou la cachexie simple, grave, surtout pour les vieillards, ou des lésions viscérales, telles que les caries osseuses, la phthisie, la cirrhose et toutes les lésions gommeuses.

L'*âge* des gommes cutanées ou si l'on aime mieux leur époque d'apparition est variable. Je les ai vues débuter deux ans, trois ans et moins encore après le chancre : deux malades, atteints de syphilis grave, avaient eu immédiatement après l'accident initial, des poussées pustuleuses, qui dès les premiers mois se compliquaient de formes profondes ou ulcératives. Il en est d'ailleurs de même de l'époque d'apparition de toutes les syphilides pustuleuses. Leur apparition semble variable de prime-abord, mais en réalité elle suit des lois déterminées, que j'exposerai plus bas. — Quant aux lésions concomitantes, j'ai observé des groupes papuleux du cou... des exostoses diffuses du tibia... des caries frontales... enfin dans la majorité des cas des pustules sur les membres et le cuir chevelu. Il est en effet fréquent de voir des gommes de la face ou du cuir chevelu mélangées à des pustules plus ou moins ecthymateuses, qui semblent une forme atténuée de la lésion voisine, et qui se manifestent par des poussées semblables. Presque constamment aussi on trouve des lésions du cuir chevelu, rarement des gommes, mais ordinairement des pustules croûteuses qui laissent après elles des plaques alopéciques, larges et continues, tantôt rouges et tantôt blanches. Ces plaques siégent de préférence sur le segment antérieur du cuir chevelu.

Le *diagnostic* est des plus importants, et j'ajoute qu'il est ordinairement facile. Il repose sur 4 faits principaux : les commémoratifs, les accidents concomitants, les caractères de l'ulcération, le siége qu'elle occupe. Antériorité de symptômes syphilitiques et surtout de pustules : concomitance de papules sèches ou humides, de lésions osseuses, et surtout de pustules des membres, du tronc, du cuir chevelu ; ulcération d'aspect chancreux ; siége sur la face, les fesses, les jambes ou les plis articulaires : tels sont les points de repère qui doivent toujours guider l'examen.

Les ulcérations arsénicales, chancres arsénicaux, sont reconnaissables à leur étiologie et à leur siége sur les mains et les bourses. — Dans la lèpre, il y a une cause spéciale, des troubles nerveux, des taches caractéristiques et surtout l'ulcération est ordinairement consécutive à des tubercules. — Les ulcères simples des jambes sont larges, à contour irrégulier ; ils siégent surtout au tiers inférieur et s'accompagnent le plus souvent d'eczéma, de varices, d'œdème. — La scrofulide, que j'ai d'ailleurs vu prêter à des erreurs semblables de diagnostic de la part de dermatologistes expérimentés, est bien nettement définie : par son aspect livide, par ses bords décollés, par son contour irrégulier ou ovalaire (la forme ovalaire est exceptionnelle dans la syphilis), par la concomitance d'accidents strumeux et surtout d'adénites suppurées, enfin par l'âge du sujet (la scrofulide ulcéreuse est exceptionnelle après 20 ans, la syphilide ulcéreuse est exceptionnelle avant le même âge).

Le chancre mou ne siége jamais ou à peu près jamais à la face ; il est aigu, à adénite de voisinage ; il n'est pas à poussées successives. — Le lupus est incontestablement la maladie qui, grâce à son caractère protéiforme, peut présenter le plus d'analogie avec les gommes cutanées. Comme elles, il siége surtout à la face ; comme elles il évolue avec lenteur, comme elles, il aplatit l'extrémité nasale en détruisant la sous-cloison ; enfin il peut survenir à tout âge. Le diagnostic repose sur les six différences suivantes : 1° Le lupus se développe spontanément ; les gommes ne se développent que sur des sujets à antécédents syphilitiques, presque toujours reconnaissables (je parle ici surtout des gommes multiples de la face). 2° Le lupus conserve toujours à sa périphérie une zone où l'on retrouve soit l'érythème soit l'élément papuleux. La gomme est contemporaine d'accidents osseux, ou papuleux, ou surtout de poussées pus-

tuleuses. 3° Le lupus a des bords en évidoir, et une surface rouge, fongueuse. La syphilide a des bords abruptes, et une surface jaune purulente. 4° Le lupus forme une seule plaque plus ou moins vaste, mais, partout continue à elle-même. Les gommes sont le plus souvent multiples, c'est-à-dire qu'elles représentent plusieurs ulcérations disséminées et bien isolées les unes des autres. 5° Le lupus ne touche que rarement au front ou au cuir chevelu. La syphilis existe surtout aux commissures labiale ou palpébrale, aux ailes du nez; elle existe presque toujours simultanément sur le front ou sur le cuir chevelu. 6° Le lupus ulcéreux est des plus rebelles à la médication. La syphilide ulcéreuse, quoique souvent difficile à guérir complétement est presque toujours modifiée heureusement par le traitement. Si on prend une seule de ces ulcérations gommeuses et qu'on la traite avec soin par la médication locale ou générale, il est de règle qu'en quelques jours on la change dans un sens favorable; ce qui n'arrive guère pour un lupus profond, accessible tout au plus à une médication de plusieurs semaines.

Il me reste à distinguer les gommes cutanées des autres ulcérations syphilitiques. Les ulcérations peuvent être secondaires, c'est-à-dire consécutives à des tubercules ou à des pustules, et alors elles ne sont plus qu'un côté accessoire d'une lésion plus importante et facile à reconnaître; elles ont d'ailleurs ce caractère distinctif d'être toujours *croûteuses*, ce qui n'arrive jamais pour les gommes. — Quant aux ulcérations profondes, aux gommes sous-cutanées, je rappelle ce que j'en ai déjà dit; elles débutent par noyau profond, elles sont ordinairement uniques, elles ont une hauteur de 1 centimètre (et non de 2 à 3 mm.), elles ont une marche aiguë.

Les *causes* efficientes des gommes cutanées sont évidemment la syphilis. Mais ont-elles une cause déterminante?

Sont-elles un symptôme de syphilis grave, et d'où vient la gravité de ces syphilis? Voici la réponse à cette double question:

1° Les gommes cutanées ne sont pas toujours un signe de syphilis grave. Il faut en distinguer deux sortes : les unes qui sont des accidents ultimes d'une syphilis bénigne ou commune, les autres qui sont des accidents précoces d'une syphilis maligne. Les premières ont pour caractère d'apparaître tardivement, plusieurs années après l'accident primitif; d'être solitaires ou très-peu nombreuses, de ne pas avoir été précédées d'accidents graves, de ne s'accompagner que d'accidents bénins, tels que des papules, des plaques muqueuses, des périostoses chroniques. Les autres, au contraire, symptomatiques d'une altération profonde, apparaissent quelques mois ou deux ans au plus après le chancre; elles sont multiples sur la même région, et à poussées successives ; elles ont été précédées d'accidents graves, surtout d'éruptions pustuleuses incessantes qui forment la chaîne entre le chancre et les gommes ; enfin elles ont pour contemporaines des lésions graves des os, des pustules nombreuses des membres, du tronc, du cuir chevelu.

2° Quelle est la cause de ces formes graves et heureusement insolites de la syphilis ? Les auteurs n'hésitent pas à la chercher dans le terrain où se développe la maladie. Selon eux, c'est surtout sur des sujets débilités ou cachectiques que se manifestent ces accidents de malignité ; c'est le sol et non le germe qui fait la diversité. Pour moi, je suis depuis longtemps arrivé à une toute autre conclusion, et j'y ai été conduit d'abord par l'étude des formes graves de la syphilis héréditaire infantile, puis par celle des syphilides pustuleuses des adultes ; et j'ai été confirmé dans ces vues par l'histoire des syphilides gommeuses. Je puis les résumer en cette proposition : Dans la grande

majorité des cas, la syphilis grave doit sa gravité à elle-même, ou si l'on veut à l'agent syphilogène ; la cachexie du syphilisé est secondaire et consécutive aux accidents graves. Je ne discuterai ici que ce qui a trait aux lésions gommeuses. Voici des exemples pris au hasard dans mes notes : Une des malades est une femme vigoureuse, infectée à l'âge de 46 ans, et qui a résisté efficacement à 9 années de poussées incessantes de pustules, de gommes, et à la destruction de tout le frontal. Une autre a 25 ans, elle est d'un tempérament moyen et sans cause de débilitation. Un troisième est un homme de 37 ans, puis vient un homme de 35 ans ; tous deux, grands, forts et bien développés, luttent en vain depuis plusieurs années contre des ulcérations multiples qui leur sillonnent la face. Un cinquième a pris la syphilis à 30 ans ; 3 ans après il avait des poussées ulcéreuses de la jambe qui ne l'ont pas quitté depuis 10 ans, et pourtant il est large, florissant, épanoui et respire la santé à pleins poumons. Un autre enfin est un jeune homme, d'une famille bien constituée ; à 22 ans, dans la force de la santé, il prend un chancre, qui est bientôt suivi de pustules, puis de gommes multiples, et le voilà, lui qui n'avait jamais gardé le lit, obligé d'être depuis 6 ans un pilier d'hôpital. Il en est de même de beaucoup d'enfants syphilitiques : ils naissent frais et gras, ils se développent bien, et rien ne fait soupçonner ce qui va éclore, puis vers le 20e jour de la naissance, des ulcérations gommeuses apparaissent sur les fesses et la face, et à partir de ce moment ils perdent leur couleur et leur embonpoint, soit par le fait de leur lésion cutanée, soit parce que le même agent infectieux qui déteint la peau, altère en même temps le sang et les organes viscéraux.

Ainsi, je le répète, sauf certains cas assez faciles à apprécier d'ailleurs (misère, vieillesse, excès, alcoolisme ? inoculation), on peut poser comme règle que la gravité de

la syphilis n'est imputable qu'à la syphilis même et non à celui qu'elle a frappé.

Ici se termine ce que j'avais à dire de ces lésions. Je renvoie pour l'anatomie pathologique au Traité de Virchow, et pour le traitement, aux Traités généraux de la syphilis.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS LARYNGÉE, par POYET, interne des hôpitaux.

(Suite.)

Il est impossible d'assigner une durée exacte aux ulcérations syphilitiques du larynx, et cela parce que les malades ne viennent consulter le médecin que lorsqu'elles sont établies. Quant à leur terminaison, elle est généralement heureuse, et le médecin obtient presque toujours la guérison complète au moyen d'un traitement général mercuriel, de l'iodure de potassium en potions, du chlorate de potasse, des bains de vapeur et *des attouchements locaux* des ulcérations avec de petites éponges imbibées de teinture d'iode. Il est bon d'employer au début du traitement les emplâtres de thapsia et les frictions d'huile de croton sur le devant de la poitrine, en vue de diminuer la congestion générale du pharynx et du larynx. Les malades doivent autant que possible s'abstenir de parler, de fumer (M. Fauvel insiste beaucoup sur ce point), surtout la cigarette dont on avale la fumée, de faire usage de boissons alcooliques et de manger des aliments irritants.

Une des grandes difficultés en laryngoscopie est de faire le diagnostic différentiel des ulcérations de nature syphilitique et des ulcérations de nature tuberculeuse. Dans certains cas cela est assez facile, si le malade, par exemple, porte sur le corps d'autres manifestations de la diathèse. Mais cela est assez rare, et l'on n'a guère que les commémoratifs pour se guider. Il est nécessaire d'ausculter le malade, car dans les ulcérations de nature tuberculeuse,

qui ne s'observent guère qu'à la troisième période de la maladie, on trouve des lésions plus ou moins avancées dans le poumon.

Dans les cas de phthisie laryngée primitive, forme rare du reste, on n'a guère que les commémoratifs d'abord, la forme, la situation, la couleur des ulcérations pour se guider. Voici, du reste, un tableau au moyen duquel on peut arriver, dans la plupart des cas, à faire ce diagnostic différentiel.

SYPHILIS.	PHTHISIE LARYNGÉE.
Les ulcérations syphilitiques siégent généralement sur l'épiglotte.	Les ulcérations tuberculeuses siégent sur les cartilages aryténoïdes où les crachats tuberculeux viennent séjourner. (Rokitansky avait insisté sur ce point avant la découverte du laryngoscope.)
Elles semblent aller de la périphérie au centre.	Elles semblent aller du centre à la périphérie et paraissent être le résultat d'une lésion profonde du cartilage même.
Elles saignent facilement et amènent moins souvent l'œdème, qui, dans ce cas, est rouge.	Elles saignent rarement, et sont presque toujours accompagnées d'œdème blanc.
Elles sont d'un aspect plus *vif* et fournissent un pus assez bien lié.	Elles sont de mauvais aspect; le pus fourni est crémeux, mal lié, très-abondant.
Le pharynx est très-rouge, congestionné, quelquefois par plaques.	Le pharynx et le voile du palais sont blancs, pâles, décolorés, et cela uniformément.
La langue est rouge, fendillée.	La langue est pâle, recouverte d'un enduit blanc sale.
La voix peut être très-rauque, jamais elle n'est éteinte.	On observe souvent l'aphonie complète.
Ganglions cervicaux.	Presque toujours, absence de ganglions.

La couleur même des ulcérations est de peu de secours pour le diagnostic, car il ne faut pas oublier que c'est au laryngoscope éclairé par une lampe qu'on examine le ma-

lade, et l'on peut supposer que la lumière artificielle ne donne pas la teinte vraie de l'ulcération. Il faut examiner le malade au soleil ou à la lumière de Drummond.

Il faut bien se garder de prendre pour des ulcérations des crachats que l'on trouve sur l'épiglotte et surtout sur les cartilages aryténoïdes, crachats qui forcent les malades à tousser, à hemmer et à avaler. On lève tous les doutes en faisant tousser fortement le patient, en le faisant cracher, et, si cela ne suffit pas, en touchant le point douteux avec une petite éponge légèrement imbibée d'eau ou mieux de laudanum.

Un cas très-difficile de diagnostic de la nature des ulcérations se présente, lorsque l'on a affaire à un malade affecté des deux maladies. Dans ce cas, et alors qu'il est absolument impossible d'établir un jugement, le plus simple est de prescrire un traitement mixte, anti-syphilitique et anti-tuberculeux.

On peut aussi confondre les ulcérations spécifiques du larynx avec le cancer et la scrofulide de cet organe. Nos observations sur ces deux genres d'affections étant très-peu nombreuses, il nous est difficile de donner d'autre signe différentiel que la rareté même de ces deux maladies. Cependant le cancer primitif du larynx débute presque toujours par l'une des cordes vocales supérieures, et le plus souvent par la gauche. Il donne lieu alors à une tuméfaction rouge, luisante, qui paraît être sur le point de saigner. Lorsque des ulcérations se sont produites, elles ont une grande tendance à bourgeonner, elles s'accompagnent de douleurs vives dans la région laryngée, se propageant jusque dans l'oreille. En même temps, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires s'engorgent, la voix s'éteint comme dans la phthisie laryngée, la respiration devient très-difficile, à mesure que l'œdème glottique se produit et que les végétations cancéreuses tendent à obstruer la glotte. La

déglutition, gênée par la tuméfaction des ganglions du cou, devient bientôt très-douloureuse par suite de l'envahissement fréquent de l'entrée de l'œsophage par la dégénérescence carcinomateuse. Enfin les malades sont, dans tous les cas de cancer laryngien, tourmentés par une salivation abondante d'autant plus gênante que la déglutition est plus difficile. Bientôt survient la période cachectique. A partir de ce moment l'évolution de l'affection se fait rapidement.

VÉGÉTATIONS.

Après les ulcérations, les accidents syphilitiques les plus fréquents dans le larynx sont sans contredit les végétations.

Avant le laryngoscope on avait déjà observé, mais seulement *post mortem*, des cas de ce genre.

En 1859, nous trouvons dans la *Gazette des hôpitaux*, page 320, une observation de végétations du larynx chez une femme syphilitique. La voici en quelques mots :

Production d'excroissance dans l'intérieur du larynx chez une femme syphilitique. Mort subite.

« La malade, qui s'est présentée dans le service de « M. le Dr Huguier, était aphone et souffrait d'une grande « dyspnée présentant des exacerbations violentes. On re- « marquait sur l'une des amygdales de grandes ulcérations; « l'autre portait des cicatrices.

« Cette femme était, du reste, sous l'influence de la « syphilis. Le lendemain de son entrée, pendant un violent « orage, elle succomba.

« A l'autopsie, on constata que le larynx était bouché « par une tumeur ayant les caractères les plus tranchés « des excroissances dites choux-fleurs. Cette tumeur était

« insérée sur la corde vocale inférieure droite et dans le
« ventricule du même côté. »

Il est évident que dans ce cas, si l'on avait eu à sa disposition le laryngoscope qui venait d'être découvert par Czermak, on aurait pu diagnostiquer la présence de cette tumeur, et, s'il avait été impossible de l'extraire par les voies naturelles, il aurait toujours été facile de trachéotomiser la malade, et peut-être de la sauver. J'ai cité surtout cette observation pour faire voir l'utilité du laryngoscope pour arriver à établir un diagnostic certain.

Les végétations syphilitiques du larynx siégent généralement sur les cordes vocales supérieures et inférieures, soit sur le plat de la corde, soit sur son bord libre, souvent sur une seule, mais plus fréquemment encore à l'angle de réunion, en quelque sorte sous l'épiglotte qui les abrite. Il est rare d'en trouver sur l'épiglotte même, et surtout sur les cartilages aryténoïdes. Tantôt pédiculées, plus souvent sessiles, rarement elles sont solitaires ; dans quelques cas cependant le larynx entier en est comme semé, et alors elles sont généralement de la forme et de la grosseur d'un grain de millet ; elles sont très-rouges, ce qui tient à leur vascularité très-développée, que l'on constate du reste en les arrachant, car elles donnent beaucoup de sang.

Quelquefois pédiculées, on les voit atteindre la grosseur d'un pois et même d'une fève.

Dans ces cas de végétations énormes, les malades éprouvent une grande dyspnée, des douleurs sternales assez vives au niveau de la fourchette ; dans le larynx, au contraire, ils ne sentent rien ; ils n'ont même pas, dans beaucoup de cas, la sensation d'un corps étranger. Pour dormir, si le polype est pédiculé, ils sont forcés d'avoir la tête inclinée en bas. Inutile de dire qu'il y a dysphonie, surtout si la végétation est insérée sur le bord libre d'une des cordes inférieures ou à l'angle de réunion.

Lorsqu'ils expirent violemment, on entend comme un bruit de soupape, qu'ils comparent à un bouchon ou à un crachat chassé violemment. A l'auscultation du larynx, on ne trouve absolument rien, et les malades ne crachent jamais de morceaux de leur tumeur, signe de diagnostic donné par Ehrmann, de Strasbourg, dans son livre *des Polypes du larynx*.

Dans quelques cas de petites végétations multiples et sessiles, la voix est conservée, forte, mais rauque; cela tient à ce que les végétations vibrent avec la corde. Plus tard, lorsque l'on opérera le malade, il deviendra aphone pendant quelques jours, non-seulement à cause de l'inflammation traumatique consécutive à l'opération, mais encore parce que les cordes ont en quelque sorte désappris à vibrer sans les productions morbides qui faisaient corps avec elles.

Quant à leur nature, ces végétations laryngées sont de véritables papillomes, offrant la plus grande ressemblance avec les papillomes que l'on trouve à la verge et aux lèvres chez la femme.

Examinées au microscope, on y découvre une grande quantité de papilles très-développées.

Chaque papille est constituée par une anse capillaire centrale, recouverte par une couche d'épithélium vingt à trente fois plus épaisse qu'à l'état normal. L'épithélium qui recouvre le capillaire est pavimenteux avec de gros noyaux, de gros nucléoles.

Ces végétations disparaissent difficilement par les cautérisations au nitrate d'argent. On ne peut les brûler avec le nitrate acide de mercure qui est beaucoup trop actif et qui cautérise trop profondément. On peut se servir de l'acide chromique dilué; mais le mieux est de les arracher avec des pinces, et de cautériser la place d'insertion avec le nitrate d'argent, ainsi que nous l'avons vu faire souvent au

Dr Ch. Fauvel. Le malade ne sent aucunement l'opération, si l'on ne prend que la tumeur. Si l'on pince la muqueuse du larynx, on s'expose à amener un spasme assez violent. Dans ce cas, il faut faire tousser le malade, l'empêcher d'essayer de parler, et lui faire boire quelques gorgées d'eau froide.

Les papillomes du larynx repullulent avec une grande facilité, et quelquefois ce n'est qu'en plusieurs années que l'on peut en débarrasser un malade.

Il arrive assez souvent que l'on voit des personnes qui portent sur l'une des cordes vocales inférieures de petites tumeurs arrondies, de la grosseur d'un pois, sessiles, rouges, qui altèrent la voix d'une façon moyenne. On a certainement regardé beaucoup de ces tumeurs comme étant des polypes, et cependant la plupart d'entre elles disparaissent rapidement, sous l'influence du traitement mercuriel, sans laisser aucune trace. Nous serions assez portés à croire que ces soit-disant tumeurs sont purement et simplement de petites papules hypertrophiques comme celles que l'on voit si souvent sur la peau des syphilitiques qui ont atteint la deuxième période de la maladie.

Tumeur papillaire du larynx. — Maximilien H......, 42 ans, ouvrier portefeuilliste, vient trouver le Dr Ch. Fauvel à sa clinique, le 11 mai 1869.

Grand, bien constitué, ne toussant pas, n'ayant jamais craché de sang, n'ayant jamais été malade, il se plaint d'une aphonie remontant à dix mois environ et survenue à la suite d'un voyage en chemin de fer, dans lequel il a beaucoup crié et chanté. Sa voix, le soir de ce jour, était très-enrouée, et depuis elle alla petit à petit en s'affaiblissant.

Depuis quelque temps, trois semaines environ, le ma-

lade se plaint d'une grande gêne de la respiration, surtout la nuit, où quelquefois il est réveillé en sursaut ; il craint alors d'étouffer.

Il ne souffre pas dans le larynx, et n'a aucune sensation de corps étranger. Sentiment de pesanteur plutôt que de douleur au niveau de la fourchette du sternum. Rien à l'auscultation du larynx.

Au laryngoscope, nous trouvons une tumeur papillaire énorme, grosse comme une fève, obstruant presque toute la glotte, pédiculée et paraissant sortir du ventricule gauche. Cette tumeur est très-rouge, ressemble assez à une petite grappe de raisin.

Interrogé au point de vue des antécédents spécifiques, M. H... nous avoue qu'il y a 15 ans il a eu un chancre labial situé près de la commissure gauche, chancre qui s'est guéri très-vite.

Trois ans après, il eut des croûtes dans les cheveux, qui tombèrent à cette époque, et un onyxis qui lui fit perdre l'ongle de l'orteil gauche. Depuis cela et à différentes époques, il eut des maux de gorge qui, chaque fois, disparurent avec des cautérisations au nitrate d'argent. A l'époque où il eut son chancre, il a suivi un traitement mercuriel et iodique pendant 7 mois.

Le Dr Fauvel soumet le malade à l'usage du bromure de potassium à haute dose et à un traitement anti-phlogistique, en vue de diminuer la congestion que l'on remarque dans la gorge. — Le 15 mai la voix n'a pas changé.

Le Dr Fauvel introduit ses pinces dans le larynx de M. H..., sans essayer de prendre le polype, mais seulement pour l'habituer au contact de l'instrument. Le malade est mis aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour.

Le 22, on arrache quatre morceaux, représentant la

dimension d'un haricot; le malade n'a pas senti l'opération, il crache une assez grande quantité de sang. Instantanément la voix est revenue, mauvaise, il est vrai.

Le 29, arrachement de 6 autres morceaux, en tout, plus petits que les quatre premiers. La voix continue à revenir; le malade respire très-facilement et quitte Paris pendant plusieurs mois. Il revient le 2 octobre 1869. On lui arrache cette fois les trois quarts de la tumeur qui n'avait pas repullulé. Pendant les mois d'août et de septembre, M. H..... a repris l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le malade peut se faire entendre de loin.

Le 1er novembre, tentatives pour enlever les dernières parcelles du polype. Elles sont rendues infructueuses par la grande quantité de salive qui jaillit des canaux de Warton et remplit la bouche du malade.

Le 6, à la première tentative, M. Fauvel arrache le restant de la tumeur presque en entier. Il n'y a plus qu'un petit morceau du pédicule situé (on le voit alors) sur le plat de la corde, près de l'entrée du ventricule.

Ce pédicule est cautérisé au nitrate d'argent. La voix est revenue presque complétement. Nous n'avons pas revu le malade depuis, ce qui donne à supposer qu'il est complétement guéri.

PARALYSIES SYPHILITIQUES.

Nous avons été à même d'observer à la clinique du Dr Ch. Fauvel plusieurs exemples de cette affection. Elle ne se produit qu'à la fin des accidents secondaires, et accompagne souvent les accidents tertiaires. Tantôt elle porte sur les deux cordes à la fois, tantôt sur une seule. Lorsqu'elle porte sur les deux cordes, le malade est aphone ; au laryngoscope, on voit que ces cordes ne se rapprochent pas, et

restent immobiles, les cartilages aryténoïdes ne faisant plus le mouvement de bascule nécessaire pour les amener au contact ; elles circonscrivent une intervalle triangulaire qui ne varie pas de dimension.

Que les paralysies soient simples ou doubles, le malade ne ressent aucune douleur dans le larynx. La gêne de la respiration est nulle et l'électricité n'amène aucune modification de la voix, du moins immédiatement.

Lorsque la paralysie n'a attaqué qu'une corde, au laryngoscope on voit cette corde beaucoup plus petite et beaucoup plus étroite que l'autre.

Le cartilage aryténoïde du même côté paraît s'être rapproché de l'épiglotte et l'on dirait tout le larynx dévié. Le malade fait entendre un bruit de cornage, ce qui tient à ce que, la corde paralysée ne s'écartant pas, la colonne d'air expirée vient se briser contre elle.

A quoi attribuer ces sortes de paralysie qui arrivent comme celles de l'œil sans causes apparentes ?

Est-ce au développement de tumeurs gommeuses le long du trajet du nerf laryngé ? Ceci est une explication, car nous savons que la compression de ce nerf par une cause quelconque amène la paralysie des cordes. C'est ainsi que dans des cas d'anévrismes de la crosse de l'aorte, on observe la paralysie de la corde vocale inférieure gauche. Malheureusement, dans les cas de paralysies syphilitiques que nous avons pu observer, l'examen microscopique n'a pas eu lieu. Toujours elles ont cédé à l'iodure de potassium et aux électrisations répétées.

Faut-il plutôt les attribuer aux perturbations nerveuses amenées si fréquemment par la vérole et qui se manifestent par des battements de cœur, des analgésies, des anesthésies ? etc. (Fournier.)

Ce n'est qu'un grand nombre d'observations qui pourrait élucider ce point.

Quoiqu'il en soit, la corde paralysée ne revêt aucune couleur particulière, et le reste du larynx est normal. Cependant, au début, on observe une congestion générale assez vive.

Le traitement de cette affection est fort long. Nous avons vu l'iodure de potassium et l'hydrothérapie faire merveille dans quelques cas. Il est bon d'y ajouter l'électricité soit médiate, soit immédiate, c'est-à-dire en plaçant les deux pôles d'une pile soit sur les cordes vocales mêmes, soit sur le trajet des nerfs laryngés.

ŒDÈME SYPHILITIQUE DE LA GLOTTE.

L'œdème de la glotte amené par la syphilis est un accident assez rare, surtout l'œdème que nous appellerons sous-glottique. Il peut se manifester sur trois points principaux : 1° l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes ; 2° les cordes vocales supérieures et inférieures ; 3° le dessous des cordes vocales inférieures et la trachée.

La division de Cruveilhier en œdème sus-glottique, glottique et sous-glottique se trouve justifiée par l'examen laryngoscopique; nous la conserverons donc.

Des trois formes de l'œdème, la première est certainement la plus fréquente.

On l'observe assez souvent, ainsi que nous l'avons dit, dans les cas d'ulcérations syphilitiques, mais surtout d'ulcérations profondes. Il est facile de constater sa présence à l'aide du laryngoscope, d'autant mieux qu'il n'est pas de malade dont on ne puisse voir *facilement* l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes.

Le point où siége l'œdème est rouge, gonflé, luisant ; si c'est l'épiglotte qui est atteinte, elle prend la forme d'un marron, d'un museau de tanche ; si ce sont les cartilages aryténoïdes, ils sont très-rouges, très-gros, et la dégluti-

tion est difficile. Le malade, dans les deux cas, parle assez bien; la gêne de la respiration est presque nulle, et, s'il n'existe pas d'ulcérations, il ne ressent aucune douleur, il n'a que le sentiment d'un corps étranger dans la gorge; encore ce phénomène manque-t-il quelquefois.

L'œdème glottique est plus rare que le précédent. Tantôt il siége sur les deux cordes supérieures ou inférieures, tantôt sur une seule. Il est généralement aussi symptomatique d'ulcérations; rarement il est primitif. Dans ce cas, au début, la corde a perdu sa teinte brillante, nacrée et blanche; elle devient terne, grisâtre, d'aspect un peu sale; puis de la teinte grise elle passe au rouge violacé en offrant soit des plaques, soit des stries rougeâtres produites par des extravasations sanguines ou par des dilatations variqueuses; puis l'œdème arrive, tantôt en avant, tantôt en arrière de l'attache aryténoïdienne. Le malade est complétement aphone si les deux cordes vocales inférieures sont attaquées. En respirant, il fait entendre un bruit de cornage, mais peu intense; la déglutition se fait bien.

Lorsque l'œdème porte sur les deux cordes supérieures, celles-ci sont rouges, gonflées; on ne voit plus l'entrée des ventricules, ni les cordes inférieures; la voix, dans ce cas encore, est presque complétement éteinte; la respiration se fait difficilement. A l'auscultation du larynx, on ne remarque absolument rien; le cou est sensible au toucher; on trouve des ganglions cervicaux et sous-maxillaires.

Dans l'œdème sous-glottique, la gêne de la respiration est portée à son maximum. L'examen laryngoscopique, par cela même, devient extrêmement difficile. On voit l'épiglotte, les cartilages aryténoïdes, les cordes vocales supérieures parfaitement saines; la face supérieure des cordes inférieures reste blanche quelquefois, mais sur leurs bords on voit un bourrelet rougeâtre qui paraît venir de dessous les cordes, lesquelles semblent enchatonnées dedans. Dans

quelques cas, on ne trouve aucune ulcération. Les bords de ces deux bourrelets viennent se toucher malgré les efforts d'inspiration, et ils peuvent obstruer complétement l'ouverture de la glotte. Le malade est aphone ; il présente, lorsque le mal a débuté depuis quelque temps, les phénomènes de l'asphyxie lente ; la face est cyanosée, les efforts pour respirer sont répétés, la peau est recouverte d'une sueur froide et visqueuse, et le seul secours qu'on puisse donner au patient affecté de la sorte est de le trachéotomiser immédiatement.

Que l'œdème soit sus-glottique, glottique ou sous-glottique, si la respiration est gênée d'une façon inquiétante, il faut bien se garder d'administrer l'iodure de potassium qui tend à augmenter la congestion. Le Dr Fauvel se contente de prescrire le mercure, sous forme de frictions (ce moyen agissant plus rapidement), les bains de vapeur, si la gêne de la respiration est moyenne, et surtout le repos complet de l'organe, c'est-à-dire le silence absolu. Les cautérisations locales ne sont efficaces que si l'œdème est symptomatique d'ulcérations, et alors ce sont les ulcérations elles-mêmes qu'il faut cautériser.

Quelle que soit la forme de l'œdème, on doit le suivre attentivement et prévenir le malade de la nécessité qu'il y aurait à faire la trachéotomie, dans le cas où le mal viendrait à empirer.

On peut confondre l'œdème syphilitique du larynx avec l'œdème tuberculeux ou albuminurique.

Dans ce dernier cas, l'examen des urines fixera le diagnostic ; dans le premier, il suffit de savoir que l'œdème siége de préférence sur les cartilages aryténoïdes, que sa couleur est plus pâle, que souvent il est blanc. De plus, à l'auscultation de la poitrine, on trouvera en même temps

que l'œdème tuberculeux, des lésions plus ou moins profondes du poumon.

Voici une observation qui prouve cependant que dans certains cas le diagnostic est très-difficile, même pour des médecins très-expérimentés.

OBSERVATION.

M. P..., de Lille, est adressé le 4 octobre 1869, au Dr Ch. Fauvel, par un médecin de Luchon, pour lui pratiquer l'extirpation d'une tumeur du cou siégeant sur la partie gauche du cartilage thyroïde, tumeur ayant la forme et le volume d'un petit œuf de poule, dure, non adhérente à la peau et paraissant comprimer le larynx ou le nerf récurrent, de façon à produire une dyspnée si violente que le malade parait menacé d'une mort imminente par suffocation. M. P... avait été conduit le jour même chez Nélaton par M. le Dr Magnin.

L'illustre professeur n'était pas d'avis que la tumeur fut la cause de l'anhélation.

Il conseille au malade de s'en remettre complétement au diagnostic du Dr Fauvel et à sa décision.

Ce médecin trouve à l'examen laryngoscopique tous les signes d'une ancienne laryngite chronique avec teinte violacée des cordes vocales supérieures, surtout de la corde gauche, avec exulcération superficielle et grise. Cette corde est œdématiée dans toute son étendue, elle tombe sur l'inférieure en bouchant l'entrée du ventricule, et cache même à la vue la corde vocale inférieure située au-dessous d'elle, dont on n'aperçoit que le bord libre. La corde vocale inférieure droite est rouge dans toute son étendue.

Pendant les mouvements les plus énergiques d'inspiration, les deux cordes inférieures ne parviennent à s'écarter l'une de l'autre que de deux ou trois millimètres au

maximum. On aperçoit alors du côté de la trachée et comme appliqués sous la face inférieure et sur les bords libres des deux cordes inférieures, deux petits bourrelets rouges constituant l'œdème sous-glottique. C'est là ce qui produit le cornage si bruyant dont est atteint M. P..., et non pas la compression produite par la tumeur du cou.

L'indication urgente est donc de procéder dans le plus bref délai, non pas à l'extirpation de la tumeur (ce qui ne remédierait pas immédiatement à l'œdème, si toutefois elle en était la cause), mais bien à la trachéotomie.

Le 5 octobre, l'opération est faite par M. le Dr Péan. Immédiatement après, le malade se trouve dans un état de bien-être relativement satisfaisant et peut dormir toute la nuit sans être réveillé plusieurs fois par heure en sursaut et suffoquant, comme cela lui arrivait depuis trois semaines.

Devant les dénégations formelles du malade interrogé sur ses antécédents syphilitiques, les médecins appelés en consultation doivent suspendre leur diagnostic, quant à l'étiologie.

L'auscultation de la poitrine ne fournit que des signes équivoques: simple submatité du sommet droit, en avant, quelques râles muqueux du même côté en haut et en arrière.

Le malade est en outre atteint d'une arthrite chronique du genou droit avec gonflement de l'articulation, il ne peut ni étendre ni fléchir la jambe qui est dans la demi-flexion ; le gonflement est produit non pas par un épanchement, mais par la tuméfaction des épiphyses. On trouve aussi plusieurs grosseurs dures, douloureuses à la pression, occupant les articulations chondro-sternales du côté droit, et enfin une autre petite tumeur présentant les mêmes caractères sur le milieu de la clavicule droite. A quelle cause attribuer toutes ces tumeurs? A la tuberculose ou à la

syphilis? MM. Fauvel, Péan et Magnin penchent pour la tuberculose, et soumettent M. P... à l'huile de foie de morue, à l'arséniate de soude et aux viandes saignantes.

Pendant deux mois consécutifs, le malade suit exactement le traitement prescrit sans obtenir d'amélioration notable. Le larynx est toujours dans le même état. Il est mis alors aux frictions mercurielles (deux par jour avec quatre grammes d'onguent napolitain) et à l'iodure de potassium à haute dose. Quinze jours plus tard, le 27 décembre, les tumeurs chondro-sternales avaient disparu; la tumeur du cou n'était plus que du volume d'un marron, l'arthrite du genou avait en partie disparu et le malade pouvait se servir de sa jambe sans boîter. Du côté du larynx l'amélioration était encore plus sensible. La tuméfaction et les ulcérations de la corde vocale supérieure gauche n'existaient plus. On voyait les deux cordes inférieures encore rouges et épaissies, mais fonctionnant bien. La canule ordinaire ayant été remplacée par la canule de Broca, le malade peut parler et en la bouchant il respire bien par son larynx. En présence de ce résultat inespéré, le traitement est continué. Le malade, qui est marié et père de deux enfants bien portants, avoue alors que douze ans plus tôt, il a contracté un chancre, mais que son médecin lui ayant affirmé qu'il n'était pas infectant, il a cru devoir ne pas en faire mention lorsqu'on l'a interrogé à cet égard. Le 4 février, le larynx est revenu à son état normal. La tumeur du cou a disparu et la jambe se meut avec la plus grande facilité.

Le 5, la canule est retirée sans aucun accident. Le 15 la plaie du cou était complétement cicatrisée.

DES SCROFULIDES GRAVES PRIMITIVES DE LA GORGE (SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC). — Par le Dr Georges HOMOLLE (1).

La scrofule peut, comme la syphilis, mais dans des cas plus rares, déterminer des lésions profondes de la gorge. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner un certain nombre de malades atteints de lupus de la face ; on n'en peut voir beaucoup sans rencontrer chez quelqu'un d'entre eux une perte de substance plus ou moins étendue de l'isthme du gosier ou des parties voisines. Ce sont, en pareille circonstance des affections secondaires ou propagées qu'on observe le plus souvent, la scrofulide cutanée ayant précédé l'apparition des lésions pharyngées ; mais il se produit aussi, au même siége et avec des caractères à peu près identiques, des manifestations profondes de la scrofule grave qui sont indépendantes de toute affection de la peau.

Les observations dans lesquelles ces angines ont été décrites, se sont multipliées dans ces dernières années, mais tous les faits publiés sont loin d'être également probants.

Parmi les plus importants, il faut citer les exemples encore rares de lupus secondaire apparaissant à la face plus ou moins longtemps après le début d'une affection ulcéreuse de la gorge dont la nature se trouve ainsi démontrée.

(1) J'ai omis à dessein dans ce travail l'historique de la question et les indications bibliographiques ; à ce double point de vue on pourra consulter ma thèse sur « les scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne » (Paris, J.-B. Baillière, 1875), qui renferme en outre de nombreuses observations inédites.

De même que eertaines serofulides eutanées restent toujours eirconserites à une portion des téguments de la faee, de même on doit admettre l'existenee de manifestations strumeuses graves qui sont à l'origine et demeurent limitées à la gorge.

Parmi les sujets affeetés d'angine serofuleuse, on voit ehez quelques-uns la strume se révéler par un ensemble de signes manifestes tandis que rien chez d'autres ne semble indiquer l'influenee d'une maladie eonstitutionnelle eomme eause de l'affeetion loeale.

On peut à eet égard distinguer quatre types de malades :

1° Les uns (et e'est alors que la diagnose offre des diffieultés presque insurmontables) ont eonservé toutes les apparenees d'une eonstitution saine ; ils sont vigoureux et bien developpés ; ils n'ont présenté aueune manifestation morbide antérieure à l'angine ulcéreuse ; il semble que ehez eux le lupus soit idiopathique et l'on hésite à faire jouer un rôle étiologique à la scrofule que rien ne révèle.

2° D'autres individus présentent avee les signes d'une bonne santé générale, quelque trace d'affeetion strumeuse, telle qu'une opaeité de la eornée ou une eieatriee d'abeès ganglionnaire.

3° Chez les malades du troisième groupe, la serofule est bien plus manifeste ; le eol est sillonné de stigmates earaetéristiques et quelques gros ganglions persistent eneore ; les paupières sont gonflées, rouges, privées de eils, les eornées sont opaques. Ces eas sont rares et, dans les grands serviees d'enfants serofuleux, par exemple, l'angine strumeuse ne s'observe presque jamais.

4° Enfin, dans un groupe distinet, se rangent les jeunes malades qui ont quelques-uns des traits qu'on regarde en Angleterre eomme indiquant la syphilis héréditaire et qui présentent ee qu'on pourrait appeler le faeies syphilitique

(syphilitic *looking*); ils sont malingres, malvenants, peu développés; leur face est déformée par l'affaissement du dos du nez qui est large, disgracieux, camard (*square nose*); leurs yeux portent souvent les traces d'anciennes kératites interstitielles, enfin, leurs dents offrent sur le bord libre des dépressions, des encoches (*notched teeth d'Hutchinson*).

Les lésions dont la gorge est le siége chez ces différents sujets n'ont pas des caractères si bien définis qu'elles puissent se distinguer aisément des autres formes d'angines ulcéreuses. Bien au contraire, leur diagnostic est toujours d'une difficulté considérable, tant à cause des analogies qui les rapprochent des syphilides de la même région, qu'en raison des diversités d'aspect qu'elles peuvent offrir.

Les scrofulides graves de la gorge se montrent sur le voile ou la voûte du palais, sur les piliers ou sur le fond du pharynx. La période qui précède la destruction progressive des parties malades passe presque toujours inaperçue ou reste méconnue et les lésions se présentent au médecin sous la forme de pertes de substance en pleine évolution ou déjà cicatrisées. Les seuls caractères objectifs de l'affection sont absolument insuffisants pour conduire à un diagnostic rétrospectif exact quand on n'observe que des cicatrices; ils ont au contraire une valeur sémiotique incontestable à la période d'état ou de progrès; on peut alors en effet tirer des indications importantes soit de la forme et de l'aspect de la perte de substance elle-même, soit de l'état des parties environnantes où existent souvent des manifestations morbides moins profondes.

Le *lupus de la gorge* et *la scrofulide ulcéreuse* sont les deux formes de l'angine scrofuleuse grave; cette distinction indiquée il y a quelques années, lors des discussions de la Société médicale des hôpitaux est très-fondée, et doit être conservée, mais il convient d'en préciser les termes qui sont restés mal définis.

Le lupus s'observe souvent en dehors de toute autre manifestation strumeuse ; peut-être l'angine ulcéreuse se produit-elle plus volontiers chez des sujets plus évidemment scrofuleux. Au point de vue des apparences extérieures, le lupus seul a des allures presque caractéristiques, de sorte que, dans les cas bien nets, la vue seule des lésions peut éveiller l'idée d'une origine strumeuse plutôt que syphilitique.

Les noms mêmes des deux types indiquent assez quelques-unes des différences qui les séparent : le lupus altère et mine en quelque sorte les parties qu'il va détruire, puis il les ronge ou semble même quelquefois les atrophier seulement ; la scrofulide ulcéreuse entame, échancre, perfore, frappe en un mot à plus grands coups ; son action n'est pas plus sûre (car le lupus peut, en un temps très-court, produire des mutilations étendues), mais elle est plus évidente, moins insidieuse. Au lupus appartient l'érosion progressive dans laquelle la destruction se produit sans presque qu'il soit possible de reconnaître de véritables ulcérations ; à la scrofulide ulcéreuse se rattachent les grandes mutilations; mais l'un comme l'autre entraîne après soi des difformités auxquelles la chirurgie et la prothèse ont souvent peine à remédier.

A) *Lupus primitif de la gorge.*

Le mot lupus a une signification si mal déterminée, il a servi à désigner des lésions si diverses, qu'on en pourra blâmer l'emploi ; il a cependant un sens clinique assez précis pour qu'en l'entendant on se rappelle un certain type de malade et un certain genre d'affection cutanée ; je l'ai donc conservé, dans la pensée que la dénomination de scrofulide tuberculeuse, plus précise au point de vue des classifications dermatologiques, accordait, pour le clinicien du moins, une part trop grande à l'élément anatomique

souvent difficile à reconnaître, sans faire naître l'idée de destruction progressive. Bien que moins exact, le terme lupus a du moins l'avantage d'imposer en quelque sorte et de mettre au premier plan ce caractère capital.

Il est probable, plutôt que bien démontré par les observations, que le lupus présente à la gorge des formes multiples comparables à celles qu'il revêt sur les téguments. Je n'ai observé aucun exemple de *lupus à tubercule solitaire* ; l'indolence de l'affection fait sans doute passer inaperçue une lésion qui existe parfois dans le cas de lupus secondaire et qu'on découvre alors presque fortuitement. Ce n'est d'ailleurs là qu'une période de début à laquelle succède bientôt le *lupus à tubercules conglomérés*. Ce second type est celui qu'on rencontre le plus souvent ; c'est l'analogue des cas si fréquents à la face dans lesquels le groupement des boutons constitue des surfaces mamelonnées où les éléments tuberculeux se distinguent à peine les uns des autres.

Cet état s'accompagne quelquefois d'une augmentation de volume des parties telle que la lésion mérite le nom de *lupus hypertrophique*.

Le début du mal et ses premières périodes passent le plus souvent inaperçues du médecin qui n'est appelé que bien tard à constater une affection dont l'indolence laisse pleine sécurité au malade. En général dès le premier examen on est étonné de constater des altérations déjà fort avancées.

La lésion siége sur le voile du palais ou sur les piliers ; mais quel qu'ait été le point de départ, le voile et les piliers sont rapidement compromis à la fois, et la muqueuse du fond du pharynx participe bientôt à l'altération des parties voisines.

La forme et l'apparence de l'isthme peuvent être d'ailleurs très-différemment modifiées.

Toutefois, dans la plupart des cas, les parties qui se détruisent conservent longtemps quelque chose des formes normales ; en effet la perte de substance (à peine peut-on dire l'ulcération, car l'érosion se produit un peu partout sans être très-évidente nulle part) se fait suivant une direction régulière, progressivement, parallèlement au bord libre du voile par exemple.

Lorsque tout le contour de l'isthme est intéressé, la luette est rapidement détruite et son absence frappe tout d'abord à la première inspection de la gorge ; alors le voile est limité par une ligne régulièrement cintrée, concentrique à la courbe normale, ou bien l'arcade qu'il forme tend à prendre une forme un peu différente qu'on ne peut mieux comparer qu'à une ogive plus ou moins surbaissée. Lorsqu'une moitié seulement du voile est malade, la luette échancrée à sa base finit quelquefois par se détacher, et les deux côtés de l'isthme cessent d'être symétriques.

La coloration des surfaces malades est presque toujours altérée. Au lieu de la teinte rosée de l'état normal, le voile est plus ou moins vineux, violacé. Les parties affectées ne restent pas égales et lisses, mais, dans une étendue variable, se couvrent de petites éminences, tantôt sous forme de gonflement un peu inégal, tantôt constituant de simples élevures peu saillantes ; ou, enfin, l'apparence mamelonnée devenant plus distincte, il semble qu'on reconnaît d'une façon distincte des éléments tuberculeux cohérents. Sur le bord libre, les limites du mal sont marquées par une ligne légèrement courbée et ondulée qui présente une série de petites dépressions peu accusées et de reliefs peu saillants qui répondent aux mamelons, aux granulations dont la portion malade du voile est garnie.

Ces surfaces épaissies, mamelonnées, ces contours mousses sans entailles profondes, cette teinte livide, cette absence presque complète d'enduit purulent sont presque

caractéristiques et doivent toujours éveiller l'idée d'une affection scrofuleuse.

De la muqueuse du voile, les lésions se propagent, d'un seul ou des deux côtés, à celle des piliers, surtout du pilier postérieur, qui se tuméfie et présente un aspect mamelonné, avec une coloration livide.

En même temps qu'ils sont modifiés dans leurs caractères extérieurs, les piliers tendent à altérer les rapports qu'ils affectent avec les parties voisines, ce qui a une importance considérable au point de vue des déformations consécutives. Le pilier postérieur, s'accole au fond du pharynx et, peu à peu, se fusionne avec lui, d'abord par sa base, puis à sa partie supérieure. Il attire la portion du voile à laquelle il s'insère ; il se confond de plus en plus par son bord libre avec la muqueuse pharyngienne ; et en se déviant ainsi, il étale en quelque sorte l'excavation amygdalienne dont le fond vient se montrer de face (l'amygdale est petite en général) ; le pilier antérieur est de moins en moins distinct et saillant.

Il est seul visible au contraire et l'excavation, au lieu d'être élargie, se trouve complétement masquée dans quelques cas plus rares où les adhérences se sont faites en arrière sans déviation en dedans.

Le voile adhère au fond du pharynx par les deux extrémités de son bord libre ; il tend à s'y accoler progressivement par le fusionnement des surfaces bourgeonnantes ; et forme alors un rideau tendu d'avant en arrière ; il ne reste entre lui et la paroi postérieure qu'un orifice dont le diamètre peut ne pas dépasser celui d'une plume d'oie ou s'effacer même complétement ; les fosses nasales n'ont plus alors de communication avec la gorge.

C'est ainsi que se font de proche en proche, des adhérences qu'on ne saurait attribuer à une greffe rapide des lambeaux flottants du voile sur la muqueuse pharyngée.

Le lupus de la gorge, lorsqu'il occupe un autre point que le bord libre du voile, peut avoir un aspect un peu différent et déterminer la production d'échancrures ou même de perforations remarquables par l'état mamelonné granuleux de leurs bords.

En même temps que le voile se détruit graduellement, les parties voisines restent rarement tout à fait saines. Sur la voûte palatine, le mal s'arrête assez brusquement mais le fond de la gorge est en général rouge et granuleux ; souvent les lésions se propagent jusqu'à l'épiglotte qui ne forme plus qu'un moignon bourgeonnant.

La lésion palatine, caractérisée comme je l'ai dit à la période d'état, suit une marche progressive, dont on ne peut indiquer la durée d'une manière générale, mais qui peut se prolonger dix, quinze mois et plus.

Après cette première période, l'affection cesse de faire des progrès et les parties malades commencent à subir un retrait cicatriciel ; cet amendement se produit souvent d'une façon brusque, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. La marche vers la guérison est fréquemment interrompue par des poussées nouvelles qui sont tout à fait l'analogue des rechutes que l'on voit si souvent interrompre la cure du lupus cutané. Ces alternatives constituent un caractère important dans l'évolution des scrofulides de la gorge, qu'elles soient primitives ou associées à des lésions des téguments de la face. Les phases d'aggravation sont marquées par une tuméfaction nouvelle des parties malades qui déjà s'étaient affaissées, par une coloration plus foncée de la muqueuse qui commençait à pâlir, enfin par l'érosion du bord libre.

C'est dans ces rechutes qu'il est parfois possible de constater un mode de destruction qui n'est pas du reste spécial à la scrofule ; je veux parler de l'apparition de très-petites pustules miliaires rapidement perforantes qui, se

multipliant et se réunissant alors qu'elles s'agrandissent, creusent ou échancrent en un temps très-court soit le contour de l'isthme, soit même des portions jusque-là restées saines. Lorsqu'enfin l'affection tend vers la guérison définitive, l'aspect des parties malades se modifie peu à peu, la tuméfaction diffuse diminue et les saillies mamelonnées s'affaissent ; la rougeur violacée fait place à une teinte rosée ; les traînées muco-purulentes qui, çà et là, recouvraient des exulcérations d'un enduit grisâtre, disparaissent. Là ne s'arrête cependant pas la période qu'on peut appeler régressive, et, sur les muqueuses comme à la peau, le lupus laisse des cicatrices persistantes ; le bord libre du voile ou des piliers s'amincit, semble s'atrophier et tend à prendre un aspect lisse et nacré.

Suivant la profondeur et l'étendue des lésions auxquelles succèdent les cicatrices l'aspect de la gorge est variable. Le plus souvent l'orifice qui fait communiquer l'arrière-cavité des fosses nasales avec l'arrière-bouche persiste, modifié seulement dans sa forme qui tend à devenir ogivale ou presque triangulaire ; l'isthme reste symétrique ; il est borné par deux tractus qui se dirigent tantôt très-obliquement, tantôt presque horizontalement en arrière vers le fond du pharynx. Quand la lésion est restée presque unilatérale, tout le voile est tiraillé en arrière et du côté du pilier qui a été intéressé.

Quand une évolution plus lente a laissé se produire des adhérences plus complètes, on voit une sorte de pont fibreux sillonné de brides plus ou moins apparentes se porter directement vers la paroi postérieure où dans une certaine étendue se retrouve souvent aussi l'aspect nacré qui indique la trace de lésions anciennes. Le diaphragme ainsi tendu est parfois complet, parfois et plus souvent perforé d'un orifice de diamètre variable.

Ces adhérences, déjà signalées par Hamilton, constituent

des lésions définitives dont les chirurgiens surtout se sont occupés. On a voulu bien à tort en faire le stigmate de la scrofule ou de la syphilis exclusivement; ce que l'on peut dire avec plus de vérité, c'est qu'elles appartiennent aux scrofulides ou aux syphilides tuberculeuses (lupus) plutôt qu'aux formes franchement ulcéreuses, lesquelles laissent plus particulièrement à leur suite des brides saillantes et des cicatrices rayonnées.

B) *Scrofulides ulcéreuses primitives de la gorge.*

Dans le second groupe de scrofulides graves de la gorge, l'ulcération est le fait primordial. Les pertes de substance plus ou moins étendues ont des limites bien indiquées; elles s'observent à la voûte palatine, au voile du palais, au fond du pharynx et elles empruntent des caractères si tranchés, elles entraînent des conséquences si différentes, suivant leur localisation, qu'on ne peut se borner à en faire une étude d'ensemble.

Beaucoup moins caractéristiques que le lupus de la gorge, probablement plus rares, ces affections n'en diffèrent cependant pas tellement que l'on ne puisse rencontrer des cas qui font en quelque sorte une transition d'une forme à l'autre; aussi est-il parfois difficile de déterminer, d'après des descriptions souvent très-concises, à quel groupe doivent être rapportés certains faits publiés.

Les scrofulides ulcéreuses plus encore que le lupus présentent de profondes analogies avec certaines syphilides et cela est surtout vrai pour les ulcérations de la paroi postérieure du pharynx, de sorte qu'on doit mettre toujours une extrême réserve dans le diagnostic.

1° *Ulcérations scrofuleuses du voile du palais.* On observe au palais divers types de mutilation comparables à ceux que déterminent les syphilides ulcéreuses du voile, et l'on

peut décrire trois formes distinctes : *l'échancrure marginale*, *l'ulcère perforant* et la *division en rideaux*. (Ce sont les expressions même qu'emploie M. Fournier, dans ses leçons sur les affections syphilitiques tertiaires de la gorge.)

Échancrure marginale. — La lésion occupe le bord libre, soit de l'un des piliers, soit du voile du palais ; la courbe normale que dessinent ces parties est brusquement interrompue par l'intersection d'une courbe de rayon différent ou par une incisure plus ou moins profonde et plus ou moins régulière. La muqueuse est peu altérée en général sur tout le contour de l'échancrure, le bord même est nettement coupé ou bien aminci progressivement ; il est recouvert d'un enduit pulpeux grisâtre. A quelque distance existe assez souvent une zone inflammatoire.

L'ulcère perforant occupe fréquemment la ligne médiane ; il peut alors affecter le voile ou la voûte ; dans quelques cas rares il siége au-dessus de l'un des piliers. La perte de substance est circulaire, ovale ou même très-allongée dans le sens antéro-postérieur ; cette dernière disposition s'observe surtout au voile ou à la voûte, sur la ligne médiane. Tout autour de l'ulcération, la muqueuse est en général peu modifiée ; parfois elle forme une marge saillante qui est plus ou moins nettement entaillée ou semble même coupée à l'emporte-pièce ; dans d'autres cas, les bords sont amincis et se continuent avec le fond de la perte de substance. Tant que l'ulcération est en voie d'évolution, elle se couvre d'un enduit muco-purulent grisâtre plus ou moins abondant ; plus tard, au moment de la guérison, des bourgeons rosés s'élèvent du fond de l'ulcère et le comblent.

Les lésions de voisinage sont en général de peu d'importance. La rougeur périphérique est franche, sans lividité ; elle est quelquefois presque inflammatoire bien qu'on ne trouve jamais les tons vifs et l'aspect luisant des angines

phlegmoneuses. La surface de la muqueuse est égale ou présente seulement quelques petites saillies glanduleuses sans importance. Il est plus rare d'observer, au pourtour de l'ulcération, des pustules miliaires semblables à celles qui, dans quelques faits, ont été le point de départ manifeste de la perte de substance.

Les os de la voûte sont eux-mêmes détruits partiellement chez quelques sujets, et tantôt la lésion semble avoir débuté par eux, tantôt ils paraissent n'avoir été envahis que secondairement.

La perforation n'occupe bien souvent que le centre de l'ulcère et reste très-petite par rapport aux dimensions de celui-ci; dans d'autres cas, la perte de substance forme une sorte de canal creusé à travers toute l'épaisseur des parties molles et du squelette osseux, comme si une portion de la voûte avait été détachée à l'emporte-pièce.

On observe un type très-intéressant de ces lésions destructives chez de jeunes sujets qui présentent l'ensemble ou du moins quelques-uns des caractères qui décèlent, suivant Hutchinson, la syphilis héréditaire à évolution tardive ; j'y reviendrai plus loin.

Division en rideaux. — Quand une perforation s'est produite au voisinage du bord libre du voile ou d'un pilier, et que, par ses progrès, elle s'étend jusqu'à ce bord même et en interrompt la continuité ; ou bien lorsqu'une incisure profonde du bord libre va se continuer avec une perforation, le voile se trouve partagé en deux lambeaux flottants qui tendent à s'écarter l'un de l'autre à la manière de deux rideaux.

Des cicatrices. — Lorsque la cicatrisation s'opère, elle entraîne des modifications en rapport avec les caractères de l'ulcère. Si l'ulcération a produit une échancrure du voile ou d'un pilier, la portion intéressée s'amincit et donne lieu à une cicatrice marginale linéaire sous forme d'une bande-

lette nacrée ; la courbe générale du voile reste modifiée, mais la déformation tend à s'atténuer progressivement.

Lorsqu'il s'est produit une perforation du voile ou de la voûte, la mutilation est en général persistante ; le contour de la perte de substance est formé par un bord mince et nacré ; toutefois, dans quelques cas où la perforation est peu étendue, il peut arriver que le bourgeonnement des bords en amène l'occlusion. Le voile partagé par une division profonde n'est plus susceptible de reprendre les caractères de l'état normal ; l'écartement, que les muscles tendent à produire ici comme dans les divisions congénitales, s'exagère sous l'influence du retrait cicatriciel, et l'isthme du gosier présente, au lieu du cintre régulier qu'on lui connaît, une ogive très-aiguë ; tout le contour est marqué par une ligne fibreuse, et très-souvent, des cicatrices plus ou moins profondes couvrent les parties voisines du voile.

Les adhérences des piliers ou du voile même, avec la paroi postérieure du pharynx, très-fréquentes dans le cas de lupus, semblent succéder aussi, quoique plus rarement, aux scrofulides ulcéreuses.

2° Les *ulcérations du fond du pharynx* peuvent occuper la portion de ce conduit qui est directement en vue quand on examine la gorge, ou siéger sur des parties plus profondes. Elles sont, dans tous les cas, constituées par une perte de substance à contours arrondis ou irréguliers, quelquefois pourvus de prolongements radiés. Les bords sont fréquemment taillés à pic ; le fond est saillant et bourgeonnant ou, plus souvent, au contraire, déprimé, jaunâtre, lardacé, d'aspect tout à fait atonique. La lésion peut être isolée ; mais souvent il existe simultanément un ou plusieurs ulcères du voile affectant l'une des formes que je viens de décrire.

3° Les *ulcérations des amygdales*, signalées comme accompagnant les scrofulides ulcéreuses du voile, n'ont

jamais été citées comme une manifestation isolée de la strume.

4° L'une des observations de M. Isambert paraît être un exemple de *scrofulide ulcéreuse primitive de l'épiglotte;* mais la description publiée ne suffit pas pour établir la diagnose d'une façon certaine. On peut observer une perte de substance de l'épiglotte en même temps qu'une ulcération du voile.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Contribution a l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales, par R. Rabot (*Thèse de Paris*, 1875).

Cette thèse ne peut être regardée que comme un point de repère dans l'histoire d'un des points les plus obscurs de la syphilis cérébrale. Il faudra sans doute encore des observations minutieuses pour connaître quelles sont les lésions réellement spécifiques qu'on observe dans le système artériel de l'encéphale. Il nous est arrivé, comme à bon nombre de praticiens, d'observer des cas d'affections apoplectiformes rapidement guéries par les préparations hydrargyriques ou iodurées ; à quelle lésion avions-nous affaire dans ces cas ? La thèse de M. Rabot permet de soupçonner une réponse à cette question, mais non de la formuler. On ne peut mieux se rendre compte de la difficulté extrême du sujet qu'en lisant les conclusions de ce travail consciencieux, inspiré par deux anatomo-pathologistes dont la compétence ne sera contestée par personne, MM. Charcot et Lancereaux :

« La syphilis tertiaire peut agir sur les artères comme sur les autres tissus ; elle donne lieu à la formation de gommes.

« Jusqu'ici on ne doit pas admettre l'endartérite.

« Nous n'oserions être aussi affirmatif pour la périartérite.

« Le résultat de la syphilis tertiaire sur les artères cérébrales est le ramollissement, ramollissement dont les symptômes diffèrent fort peu de celui qui n'a aucune relation avec la vérole. »

Nous aurions aimé voir M. Rabot discuter la nature des *lésions syphilitiques précoces du cerveau* sur lesquels M. Mauriac a appelé l'attention dans les *Annales*. Il aurait peut-être trouvé dans cet ordre de considération des éléments plus certains pour le diagnostic qu'il a cherché à établir entre les lésions *gommeuses* et *inflammatoires* des artères. Nous le répétons, ce sujet appelle de nouvelles recherches ; la thèse de M. Rabot rendra son étude ultérieure plus facile. La lecture en serait utile, même si elle ne renfermait que quelques observations intéressantes, parmi lesquelles nous signalerons un examen nécroscopique minutieux dû à M. Charcot, et qui paraît assez probant pour qu'on puisse dès à présent admettre la possibilité d'une périartérite syphilitique. Dr HENRI COUTAGNE.

DIE LUETISCHE ERKRANKUNG DER HIRNARTERIEN (SYPHILIS DES ARTÈRES DU CERVEAU), par le Dr HEUBNER, 1874.

L'auteur décrit sous le nom d'endartérite syphilitique, de syphilome artériel, une altération spéciale de la tunique interne de certaines artères imputable à la diathèse syphilitique. Cette altération occupe les artères de moyen calibre, en particulier celles de la base de l'encéphale (artère basilaire, artères sylviennes). Le processus morbide a un siége histologique bien défini ; il se limite strictement à la couche sous-endothéliale de la tunique interne et évolue sans toucher les couches adjacentes, c'est-à-dire en dedans l'endothélium et en dehors la membrane fenêtrée. A

l'état normal cet espace sous-endothélial ne renferme ni noyaux ni cellules. — Le premier effet de la syphilis sur les artères est de faire apparaître dans cet espace de nombreux noyaux ; on les voit pressés les uns contre les autres au sein d'une substance fondamentale granuleuse. Un peu plus tard ces noyaux se transforment en cellules fusiformes, lesquelles, au bout d'un certain temps, prennent une forme étoilée; elles ressemblent alors aux cellules du tissu conjonctif embryonnaire ; à cet état elles forment un feutrage serré dans les mailles duquel on n'aperçoit que très-peu de substance intercellulaire. Pendant longtemps la lésion n'occupe qu'une moitié du vaisseau ; puis elle s'irradie dans tous les sens à partir du point où elle a pris naissance. Mais le processus ne s'arrête pas là, et il se produit alors un fait qui sépare l'endartérite syphilitique des autres néoplasies : le tissu de nouvelle formation se vascularise; des capillaires y apparaissent, surtout au voisinage de la membrane fenêtrée. Cette vascularisation, ainsi d'ailleurs que l'absence complète de dégénérescence graisseuse, indique clairement que le syphilome artériel a une vitalité plus grande que les autres néoplasmes et rapproche la syphilis des artères de la syphilis du périoste. Mais le travail d'organisation va plus loin encore. Au bout d'un certain temps on voit apparaître entre le tissu nouveau et l'endothélium une nouvelle membrane fenêtrée, si bien que le tissu se trouve compris entre deux membranes fenêtrées, l'ancienne en dehors, la nouvelle en dedans. Cette nouvelle membrane fenêtrée est évidemment un produit de la couche endothéliale comme l'étaient également les noyaux du début. L'endothélium, irrité par le virus syphilitique, aurait d'abord été le siége d'une prolifération de noyaux; une fois cette irritation éteinte, il reprend l'activité normale qu'il possédait à l'époque ou l'artère s'est formée, et il produit une membrane fenêtrée par-dessus le néoplasme comme il en avait

produit une dans l'organisme jeune par-dessus la couche musculaire. Enfin l'organisation du syphilome s'élève encore d'un degré; le tissu nouveau se sépare en deux couches, une interne formée de cellules fusiformes offrant une direction circulaire, concentrique au vaisseau, une externe représentant un feutrage analogue au tissu conjonctif embryonnaire, sauf que la substance fondamentale en est solide et un peu gélatineuse. Finalement le processus morbide a donc donné naissance à trois couches nouvelles : une membrane fenêtrée, une couche de cellules fusiformes circulaires, une couche fenêtrée. — Le néoplasme ainsi constitué ne rappelle-t-il pas la structure normale des artères? Ne semblerait-il pas que l'endothélium ait formé au sein de la vieille artère une nouvelle paroi artérielle, et ne serait-on pas autorisé à nommer ce néoplasme un artériome?

Le résultat de cette altération de la tunique interne est le rétrécissement de l'artère: le vaisseau reste cependant toujours perméable, à moins que le tissu nouveau ne se transforme en tissu inodulaire et ne subisse la rétraction de tous les tissus de cicatrice; dans ce cas l'oblitération artérielle peut être complète. Quand on examinera un syphilome artériel ainsi transformé; on voit que l'élément cellulaire a beaucoup diminué, et que la substance fondamentale l'emporte. —De plus la tunique musculaire de l'artère s'atrophie, la membrane fenêtrée se transforme en tissu conjonctif et finalement on peut ne plus trouver à la place de ce qui avait été un vaisseau qu'un mince filament de tissu conjonctif qui se déchire sous la moindre traction. Le processus morbide a déterminé la complète destruction de l'organe au sein duquel il s'était développé !

D'après cette description il est aisé de saisir les différences du syphilome artériel et de l'endartérite chronique ordinaire. Le syphilome ne se produit que dans les artères

d'un assez petit calibre, tandis que l'endartérite chronique, quand elle atteint ces mêmes artères, frappe toujours en même temps les grosses artères et en particulier l'aorte. Quand le système artériel est athéromateux, il l'est dans une grande étendue, tandis que le syphilome se localise davantage et se présente par îlots, par foyers. L'endartérite ordinaire détermine d'abord un élargissement de l'artère et à aucun moment elle ne provoque un rétrécissement si considérable. La marche du syphilome, comparée à celle de l'endartérite simple, est relativement aiguë. Au point de vue histologique les deux altérations diffèrent également : dans l'endartérite la matière fondamentale l'emporte, tandis que c'est l'élément cellulaire qui est prédominant dans le syphilome. Enfin dans l'endartérite la période irritative, de formation est suivie d'une période de dégénérescence graisseuse ou d'incrustation calcaire, qu'on n'observe jamais dans le syphilome.

Dr Ch. Schwarz.

REVUE DES JOURNAUX

LUPUS ET CARCINOME, par le professeur Edouard LANG, d'Innsbruck.

Les observations de lupus compliqué de carcinome ne sont pas nombreuses et ne doivent être acceptées qu'avec réserve ; ainsi le cas de Bardeleben, cité par Kaposi (*Maladies de la peau*, Hebra, tome II), n'est pas bien authentique. Bardeleben ne parle que « d'une destruction horrible des tissus » sans se servir du terme cancer (Krebs) qui, certainement, ne lui était pas inconnu.

Les cas non douteux doivent, selon M. Lang, être rangés en deux groupes : 1° ceux dans lesquels le cancer se développe sur la cicatrice d'un lupus déjà guéri depuis un certain temps; 2° ceux dans lesquels il envahit les tissus encore affectés de lupus.

Le premier groupe ne diffère pas sensiblement des cas de cancer développé sur une cicatrice quelconque. Tels sont ceux de Devergie (*Traité des maladies de la peau*, Paris 1863, p. 543).

Wenk, dans sa thèse inaugurale (Kiel, 1867, *De exemplis nonnullis carcinomatis epithelialis exorti in cicatrice post lupum exedentem relictâ*), donne 4 observations : mais il ne ressort pas bien clairement de sa description que le lupus était déjà guéri quand le cancer a apparu :

on serait plutôt tenté de croire (« in stromate cellulis repleto ») que le lupus n'était pas encore guéri.

Le cas du professeur Lang semble moins douteux : il a trait à un jeune homme de 23 ans, vigoureux, atteint de lupus depuis l'âge de deux ans; la maladie avait débuté par le côté droit de la figure et le bras droit et avait tellement progressé que l'œil droit était perdu six ans après; elle gagna plus tard le côté gauche et la jambe gauche. Un an avant son entrée à l'hôpital, le malade vit se développer au-dessous de l'angle interne de l'œil droit des tubercules qu'il prit pour du lupus et qui se multiplièrent très-rapidement; ils furent cautérisés trois fois avec la pierre; la situation s'améliora mais la plaie devint ulcéreuse. A la suite d'un refroidissement (?), en septembre 1872, l'ulcère gagna en profondeur et en étendue; en janvier 1873, les ganglions situés derrière l'oreille s'engorgent et forment un abcès purulent. Entré à l'hôpital le 14 mars 1873.

La figure est couverte d'une cicatrice plate, délicate, un peu rouge, au milieu de laquelle se trouvent encore quelques tubercules recouverts d'un épiderme en voie d'exfoliation: la paupière supérieure droite est également garnie de quelques tubercules disséminés, qui deviennent très-nombreux vers le nez et le front; la paupière inférieure est renversée et immobilisée par une bride cicatricielle; le point lacrymal seul est encore reconnaissable; la cornée droite est un peu translucide. Le pavillon de l'oreille droite est à moitié détruit et complétement déformé. La partie antérieure des cartilages du nez a été rongée; l'orifice de la narine laisse à peine passer le petit doigt.

Entre la paupière inférieure et la lèvre supérieure il y a une perte de substance grosse comme « une phalange onguéale », un ulcère dont les bords sont taillés à pic et minés et dont le fond est en partie crevassé, en partie lisse; il n'est induré ni à la base, ni sur les bords, et sé-

crète un liquide mince et peu abondant. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont engorgés, quelques-uns déjà ramollis.

Diagnostic : ulcère carcinomateux développé sur un lupus.

Les ganglions étant déjà envahis, il n'y avait plus à tenter l'extirpation. Le pus contenait de grosses cellules épithéliales, rondes, irrégulières et fusiformes; les cellules rondes étaient contenues dans une capsule cornée (verhornt); les autres renfermaient de nombreux noyaux.

L'ulcère s'étendit très-rapidement ; la suppuration devint de plus en plus abondante, et au bout de quelques semaines la perte de substance s'étendait depuis la paupière inférieure jusqu'à l'angle de la bouche ; sa base était formée par la muqueuse buccale ; les ganglions cervicaux fondirent très-rapidement et le 14 mai, le malade succombait après deux mois d'atroces souffrances.

A l'autopsie, on trouva les ganglions du plancher de la bouche hypertrophiés ; les ganglions cervicaux gauches en voie de ramollissement et des « néoformations » grosses comme un grain de chènevis ou un pois dans le poumon gauche, la plèvre et le foie.

L'examen anatomique de l'ulcère y fit reconnaître de nombreuses petites cellules de lupus, agglomérées en foyers ou disséminées et pénétrant dans les interstices musculaires; au milieu d'elles on distinguait très-nettement les grosses cellules de l'épithélioma. Le néoplasme cancéreux formait une masse entourée de cellules de lupus ; il ressemblait à une coque dont la partie convexe était dirigée vers la profondeur et percée en plusieurs points par des amas de lupus, composé de cellules grosses comme des corpuscules lymphatiques, tandis que le cancer était exclusivement formé de grosses cellules épithéliales, rondes, irrégulières

ou fusiformes, ayant deux ou plusieurs noyaux; le lupus servait de stroma au cancer.

M. Lang en conclut que le cancer envahit plus facilement et plus rapidement des tissus déjà ramollis par le lupus; que la concomitance du lupus et du carcinome provoque des destructions d'autant plus rapides que la vitalité déjà minime des cellules cancéreuses est encore amoindrie par la pauvreté du stroma lupus sur lequel elles se développent. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1874, fasc. 2 et 3.)

Note sur l'anatomie pathologique de la scarlatine.

Le Dr A.-W. Foot présente à la « *Dublin Pathological Society* » une série de pièces provenant d'une jeune fille âgée de 13 ans, et qui a succombé à une scarlatine compliquée d'angine. C'était un de ces cas où les effets locaux de la maladie générale se montrent si terribles, où les accidents localisés de l'affection constitutionnelle sont bien pires que la maladie essentielle même; celle-ci n'a plus qu'une importance secondaire quand on la compare aux complications qu'elle entraîne. La jeune fille entra à « *Meath Hospital* », le cinquième jour de sa maladie, avec une abondante éruption d'une teinte livide et un violent mal de gorge; à ce moment, il y avait une légère tuméfaction du côté gauche du cou. Le gonflement augmenta, s'étendit et s'indura de plus en plus, jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu le neuvième jour, alors qu'il y avait une occlusion complète des paupières du même côté. Nous examinâmes avec soin et à diverses reprises cette tuméfaction, espérant y découvrir une indication à inciser; mais nous n'en rencontrâmes point. La tumeur s'étendait au-dessus et en

arrière de l'oreille, et, en bas, elle atteignait la clavicule; on éprouvait, en palpant le côté gauche du cou, comme la sensation d'une pierre saillante, dure et polie. Très-peu après la mort apparut, de l'autre côté du cou, un gonflement de même nature. La difficulté à faire ouvrir la bouche empêcha bien vite de voir l'état des amygdales; il y avait aussi de la contracture des mâchoires. La maladie se traduisit par un grand degré de faiblesse, un besoin impérieux de sommeil, de la disphagie, une accélération très-grande du pouls, de la cyanose, principalement sur la moitié supérieure du corps. La température n'a jamais été excessive; elle ne dépassa pas 39°,9 (centigrades). Le pouls, irrégulier, compris entre 140, 160, et même 180 pulsations, avec des bruits cardiaques faibles, donnait à penser que le sang se coagulait dans le cœur, complication qui est l'une des causes de la mort dans les premiers temps de la scarlatine. Malgré l'administration de hautes doses de vin et d'eau-de-vie, la circulation ne se rétablit pas. Douze sangsues, appliquées sur le côté du cou, parurent arrêter un instant la tension et le gonflement; mais ces symptômes reparurent bien vite. A un profond état d'abattement, entrecoupé de périodes de loquacité, et d'où on pouvait la faire sortir pour parler ou pour boire, succéda une perte de connaissance absolue, et la mort arriva au bout de peu de temps sans secousse.

L'autopsie, faite dix-huit heures après la mort, a montré que la tuméfaction s'étendait aussi loin, et était aussi dure que pendant la vie. La pupille du côté gauche, côté du gonflement le plus considérable, était au moins quatre fois plus dilatée que celle du côté droit; du reste, cette différence avait été notée du vivant de la malade. L'épiderme du dos des mains s'enlevait avec facilité. Nous disséquâmes soigneusement la région du cou; le tissu connectif sous-cutané présentait une abondante infiltration d'un liquide

transparent, brunâtre; les ganglions lymphatiques superficiels étaient tous plus ou moins augmentés de volume; mais ce phénomène était encore bien plus marqué sur les ganglions profonds. A partir du bord supérieur du cartilage thyroïde en haut, derrière l'angle de la mâchoire, la veine jugulaire interne et ses tributaires étaient comprises dans des masses formées de ganglions engorgés; c'était dans la région où elle reçoit les veines faciales, linguales, pharyngiennes et occipitales. La pression exercée par ces ganglions, au-dessous d'une des couches profondes des aponévroses du cou, dans le sens de la moindre résistance, c'est-à-dire du côté des vaisseaux situés au milieu d'eux, semble avoir été extrême, à en juger par la force soudaine avec laquelle ces tissus œdématiés vinrent faire hernie quand on incisa la couche aponévrotique qui les contenait. Aucune des veines du cou n'était oblitérée ou enflammée; c'est un point que nous eûmes grand soin d'examiner. Les glandes salivaires avaient une apparence et une coloration normales; mais elles étaient plus molles qu'à l'ordinaire, soit par le fait de l'œdème, soit parce qu'elles étaient surchargées du produit de leur sécrétion.

Les amygdales étaient très-malades; la gauche présentait une escharre centrale, à peine adhérente, et sur le point de se détacher. Sans aucun doute, l'irritation des ganglions lymphatiques reconnaît ici pour cause l'absorption de matières putrides provenant des amygdales affectées de gangrène, et spécialement de la gauche; le nombre des ganglions cervicaux profonds qui reçoivent les absorbants de la langue, des amygdales et du pharynx, est surtout très-grand au voisinage de la bifurcation de la carotide primitive, et, en ce point, les nombreux et importants vaisseaux de la région sont plongés au milieu de tissus engorgés. Nous devons noter ici que les glandes solitaires de l'intestin n'étaient point malades; sur toute la

surface interne de l'intestin grêle, on n'en pouvait apercevoir à l'œil nu plus de deux ou trois; trois ou quatre follicules agmines (glandes de Peyer) offraient un volume exagéré dans la partie terminale de cet intestin. Les ganglions mésentériques n'étaient que modérément engorgés. Dans cette circonstance, l'état des glandes de l'intestin offrait un contraste frappant avec celui qu'elles affectaient dans les cas de scarlatine que le Dr Food a déjà montrés à la Société. Les tissus sous-muqueux du pharynx étaient œdématiés; au point où ils recouvraient le cartilage aryténoïde gauche, il y avait une infiltration si considérable, que cette éminence avait trois fois le volume de celle du côté droit. La muqueuse du pharynx était congestionnée : elle avait une teinte livide; les veines du pharynx qui s'ouvraient dans la jugulaire interne étaient obstruées.

Le péricarde contenait environ 60 grammes d'un sérum clair, jaunâtre; les cavités droites étaient remplies par un caillot unique, adhérent, blanchâtre, qui se continuait dans les artères pulmonaires; les cavités gauches renfermaient un caillot beaucoup plus petit et plus mou, de la même couleur. Le cœur, vidé, pesait 185 grammes. Les reins, qui pesaient, le gauche, 120 grammes, le droit, 112 grammes, n'offraient rien d'anormal dans leur aspect extérieur, leur coloration ou leur consistance; leur vascularité était peu exagérée; l'urine était rare avant la mort; elle contenait de l'albumine. Le foie, normal en apparence, pesait 1,455 grammes. La rate, qui offrait un point limité de ramollissement, pesait 142 grammes.

L'autopsie a démontré que, dans ce cas, le terme de gonflement parotidien ne convenait pas, et qu'on aurait dû lui préférer celui de bubon scarlatineux; il n'y avait point de phlegmon dans le tissu cellulaire; une intervention chirurgicale n'aurait pas eu d'effet; la tuméfaction reconnaissait pour cause la compression exercée par les

ganglions engorgés sur les veines qu'ils environnent. Le Dr Food pense que cette pression, en s'opposant à la circulation en retour du cerveau, à la respiration et à la déglutition, était un accident bien plus formidable que la maladie originelle, et pourtant elle n'était qu'un effet secondaire de la gangrène des amygdales ; de plus, les ressources combinées de la médecine et de la chirurgie sont restées absolument inefficaces contre cette terrible complication.

(*The Dublin Journal of medic. sciences*, Aug. 1874, p. 171.)

Traduit de l'anglais par le Dr Édouard Labarraque.

Traitement du zona, par M. le Dr Lailler.

A la période initiale du zona, M. Lailler emploi souvent une solution de perchlorure de fer sublimé pour faire avorter le développement de l'éruption :

Alcool à 90............... 40 grammes.
Perchlorure de fer sublimé. 10 grammes.

On l'applique à l'aide d'un pinceau sur la peau bien sèche. Au bout de quelques instants, l'alcool s'évapore et il ne reste qu'une coloration jaune. On n'emploie pas d'autre topique. Cette solution n'occasionne aucune souffrance.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, N° 7, 1875.)

Le Gérant : G. MASSON.

Clichy. — Impr. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1439, 12-5.)

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DÉGÉNÉRESCENCE SYPHILITIQUE DE LA GLANDE SUB-LINGUALE, par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

(Note présentée à la *Société de chirurgie.*)

L'observation suivante, relative à un fait de dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale, m'a paru digne, en raison de sa rareté, d'être soumise à l'attention de la Société de chirurgie. C'est, pour ma part, le seul cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer.

M. X.., un de mes clients habituels, âgé d'une trentaine d'années, vient me consulter le 27 octobre 1873 pour des accidents assez singuliers qu'il éprouve vers la bouche. Depuis une quinzaine, dit-il, il ressent une certaine gêne pour parler et pour avaler. Ces derniers jours, ayant introduit le doigt dans la bouche pour chercher la cause de cet embarras, il a reconnu sous la langue, du côté

droit, l'existence « de quelque chose de dur, qui a certai-
« nement grossi dans ces derniers temps, sans donner lieu
« cependant à la moindre douleur. » Je remarque, en effet, en l'écoutant me raconter ce qui précède, que la parole est altérée d'une façon assez notable dans l'articulation de quelques mots. Le malade parle comme s'il avait un corps étranger dans la bouche. — Relativement, les troubles de déglutition sont bien moindres ; ils consistent simplement en un certain embarras, en une sorte de « tiraillement » alors que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier. — Du reste, aucun autre trouble local ou général. État satisfaisant de toutes les fonctions ; santé parfaite.

Procédant à l'examen local, je constate aussitôt un léger soulèvement antéro-postérieur dans la fosse sub-linguale droite. Là existe une tumeur que le doigt sent et limite facilement. Cette tumeur est située sous la muqueuse du plancher de la bouche, muqueuse d'ailleurs intacte à tous égards. Elle est oblongue, ovalaire, absolument comparable comme volume et comme forme à une datte de moyen volume. Comme emplacement et comme direction, elle correspond exactement à la glande sub-linguale, et il n'est pas douteux un instant qu'elle ne soit constituée par cette glande tuméfiée, affectée d'une certaine façon. Ainsi, d'une part, elle est située sous la langue, latéralement ; d'autre part, elle est plus rapprochée de la langue que du maxillaire ; enfin, elle est dirigée suivant son grand axe d'avant en arrière et de dedans en dehors. Son extrémité antérieure est un peu renflée et arrondie, tandis que la postérieure, plus grêle, plus effilée, se continue jusqu'à la partie la plus reculée du plancher buccal. De la sorte, cette tumeur mesure environ 4 centimètres en longueur, sur 1 centimètre de large au niveau du point où elle atteint son maximum de développement. — Au toucher elle est rénitente, ferme, dure, assez dure pour donner immédia-

tement la sensation d'un néoplasme solide et exclure l'hypothèse d'une production liquide enkystée. — Elle constitue une lésion nettement délimitée, au pourtour de laquelle les tissus ambiants se présentent absolument sains. — Enfin, elle est complétement indolente, au palper et à la pression.

Ce ne fut pas un médiocre embarras pour moi que d'instituer un diagnostic sur cette tumeur. Cependant, en y réfléchissant, les hypothèses à faire se circonscrivaient dans un cercle assez restreint. Une phlegmasie simple n'était pas admissible, vu l'absence de tout caractère inflammatoire. L'idée d'une production liquide enkystée devait être également exclue, en raison de la consistance manifestement solide de cette tumeur. Restaient les néoplasmes solides. Il me paraissait impossible de songer au cancer, vu l'âge du malade, le développement très-rapide des accidents, etc. Mais ne pouvait-il s'agir d'une production adénoïde?... Pendant que je discutais à part moi ces divers diagnostics, il me revint en souvenir que mon client était un ancien syphilitique, et je me demandai alors si la syphilis ne pouvait être mise en cause dans le cas actuel, et si cette tuméfaction de la glande sub-linguale n'était pas une de ces infiltrations tertiaires telles qu'on en a quelquefois observé dans la glande sous-maxillaire et dans le pancréas.

Les antécédents syphilitiques du malade n'étaient pas douteux. Onze ans auparavant (en juillet 1862), je l'avais traité pour trois petits chancres syphilitiques de la rainure glando-préputiale, accompagnés de pléiades inguinales bien accusées. Quelques mois plus tard s'étaient produits divers accidents secondaires d'ailleurs assez légers : syphilide papuleuse discrète; — éruption croûteuse du cuir chevelu; — plaques opalines de l'isthme du gosier. Le traitement spécifique intervenu à cette époque avait coupé court

à toute autre manifestation. Mais ce traitement n'avait été prolongé en réalité que d'une façon insuffisante. Le malade se trouvait donc, après onze ans d'infection, dans cette période où la diathèse s'accuse fréquemment par des déterminations viscérales. Il n'était pas impossible conséquemment que la lésion actuelle de la glande sub-linguale fût un accident tertiaire de vérole.

Dans cette pensée, et je dirai dans cette espérance, je résolus de tenter le traitement spécifique, et je prescrivis un sirop d'iodure de potassium (25 grammes d'iodure pour 500 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères), aux doses quotidiennes de 3, 4, 5 cuillerées à bouche, progressivement.

L'influence de cette médication fut immédiate et surprenante, comme on pourra en juger par les notes que je recueillis à chaque visite du malade et que je transcris textuellement :

« 30 octobre (c'est-à-dire trois jours après le début du traitement), amélioration très-marquée. — La tumeur paraît diminuée. — En tout cas, le malade parle et mange plus facilement.

3 novembre. — Diminution très-notable de la tumeur, réduite d'un quart pour le moins.

12 novembre. — La tumeur a diminué de moitié. — Les troubles fonctionnels de mastication et de parole ont tout à fait disparu.

24 novembre. — La tumeur qui avait primitivement les dimensions d'une datte de moyen volume est tout au plus comparable aujourd'hui à un noyau de datte.

3 décembre. Diminution continue.

11 décembre. Il ne reste plus aujourd'hui de la tumeur qu'une dureté filiforme mesurant 2 centimètres environ en longueur, sur une largeur d'un millimètre.

Janvier 74. — L'induration sub-linguale est à peine

perceptible. — Elle achève de disparaître dans les semaines suivantes. Et depuis lors jusqu'à ce jour, la guérison s'est maintenue. »

Une action aussi rapidement, aussi immédiatement résolutive, exercée par l'iodure de potassium me semble devoir laisser bien peu de doutes sur la nature spécifique de cette lésion.

Je me crois donc autorisé, de par les particularités cliniques relatées précédemment et surtout de par les résultats du traitement spécifique, à considérer l'accident précité comme un exemple de *dégénérescence tertiaire de la glande sub-linguale*, et, dans cette opinion, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler sur ce fait l'attention de mes confrères.

Comme confirmation indirecte du diagnostic porté sur la nature de la tumeur sub-linguale, j'ajouterai que, peu de temps après l'accident dont il vient d'être question, mon client présenta à deux reprises de nouvelles manifestations spécifiques, à savoir : en décembre 73, une papule tuberculeuse du gland ; et en novembre 74, une poussée de psoriasis palmaire et plantaire, détermination morbide souvent très-tardive, comme on le sait, dans les syphilis insuffisamment traitées à leur début. Ces deux explosions de la diathèse, succédant dans un court délai à la tumeur sub-linguale, ne fournissent-elles pas un appoint de probabilité en faveur de la spécificité de ce dernier accident ?

Une dernière question pourrait être agitée. En admettant, comme cela semble bien vraisemblable, qu'on ait eu affaire dans ce cas à une dégénérescence syphilitique de la glande sub-linguale, quelle a été la nature de cette dégénérescence ? S'est-il agi d'une hyperplasie simple par prolifération conjonctive, hyperplasie analogue à celle qui con-

stitue la forme habituelle du sarcocèle syphilitique ? Ou bien, s'est-il agi d'une infiltration gommeuse ? Les seuls éléments cliniques dont je dispose ne me permettent pas, on le conçoit de reste, d'émettre une opinion sur ce point. Ce n'est là au surplus qu'une question secondaire, et le fait essentiel, le seul que j'ai eu en vue dans cette communication, c'est d'établir cliniquement que *la syphilis peut être l'origine de certaines tumeurs de la glande sub-linguale.* A ce fait se rattache un intérêt pratique évident, puisque, méconnues comme nature, les dégénérescences syphilitiques de la glande sub-linguale pourraient donner lieu à de regrettables erreurs diagnostiques.

DE LA DARTRE SQUAMEUSE HUMIDE (HERPES SQUAMOSUS MADIDANS), DE SES FORMES ET TRANSFORMATIONS MULTIPLES, par le Dr DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc., etc.

Les dermatologistes les plus autorisés d'aujourd'hui, MM. Bazin, Baumès, Hardy, etc., avouent que cette affection cutanée est une dartre. Cependant ils continuent à l'appeler eczéma, à l'exemple des Willanistes qui l'ont regardée comme une simple inflammation et ont individualisé l'expression générale εκζεματα que les Grecs employaient pour désigner une infinité d'éruptions et qu'ils tiraient du mot εκζεω, je brûle. Alibert, reconnaissant tout d'abord la nature de cette dermatose, lui a consacré le nom de dartre en la plaçant dans son groupe des maladies dartreuses, et, qui plus est, l'a fait figurer dans son genre herpès pour exprimer qu'elle était parmi les dartres, une de celles qui étaient plus particulièrement de cette nature; attendu que le mot herpès avait toujours été traduit par celui de dartre, depuis Tagault, Goubert, Fernel, Baillou, Ambroise Paré, Guillemeau, Lorry, Sauvages, etc. Alibert s'est bien gardé de faire du mot eczemata une individualité morbide. Il s'en est servi, afin de respecter l'histoire, pour désigner un ensemble de maladies, qui, dans le genre de leur vive et constante inflammation donnent essentiellement la sensation de la brûlure. C'est ainsi que, dans son groupe des affections eczémateuses, il a pris le véritable sens étymologique de ce mot et son expression

générale, en y renfermant les érythèmes, les érysipèles, les pemphigus, les zona, les phlyzacia, les urticaires, les épinyctides, les olophlyctides, les pyrophlyctides ou pustules malignes, le charbon, etc., qui donnent à la douleur le caractère de l'adustion. « Il faut convenir, dit M. Devergie, que toutes les affections comprises dans ce groupe ont des conditions communes qui justifient le rapprochement de ces divers effets morbides. Presque toutes, en effet, sont précédées ou accompagnées de rougeur, de chaleur et d'une sensation qui va jusqu'à la douleur; elles parcourent leurs périodes dans un espace de temps assez court; elles passent rarement à l'état chronique; elles se terminent le plus souvent par résolution, et le traitement antiphlogistique leur est commun. » (Traité pratique des maladies de la peau, p. 52.)

Faut-il après de tels aveux et ces autres paroles (p. 48) où il appelle Alibert : *cet admirable nosographe*, que l'habile dermatologiste soit resté attaché à la classification anatomique si fausse dans ses principes, si stérile dans ses résultats; qu'il ait rejeté la classification d'Alibert pour aboutir à en créer une autre sur laquelle il conclut : « Jusqu'alors notre tâche a été facile : c'était celle d'un critique. Que mettre à la place de toutes ces classifications? A cet égard, nous sommes obligés d'avouer notre insuffisance à remplir ce programme; les efforts de ceux qui nous suivent, MM. Bazin et Hardy, ne sont pas plus heureux que ceux des médecins qui nous ont précédés, car dans son cours de séméiotique M. Bazin a comme nous critiqué, sans élever un nouvel édifice acceptable. » (*Ibid.*, p. 67.) Remercions M. Devergie de sa franchise. Mais alors pourquoi chercher une autre classification que celle d'Alibert à laquelle il ne reproche que sa forme, sur laquelle nous nous sommes assez étendu dans notre mémoire précédent.

Pourquoi! parce que l'esprit humain est ainsi fait. Il faut

qu'il essaye toutes les voies avant de s'arrêter à la plus sûre; il faut qu'il use de tous les expédients; qu'il descende le dernier échelon de l'erreur pour reconnaître la vérité. D'ailleurs, il sera toujours vrai de répéter après Boileau : la critique est aisée et l'art est difficile ; on se passe donc la fantaisie de critiquer jusqu'à l'impuissance. C'est alors seulement qu'apparaît la vérité, parce qu'elle est devenue incontestable.

Aujourd'hui donc que tous les serpents ont mordu la lime, nous pouvons dire hautement qu'il n'y a pas d'autres principes que ceux qu'avait si heureusement tracés notre maître et que nous ne toucherons pas à son œuvre, attendu que tous les dermatologistes modernes, bon gré, mal gré, de près ou de loin, viennent s'y rallier et s'y confondre, et pour en donner la preuve la plus éclatante nous n'aurons qu'à reproduire ces autres paroles de M. Devergie : « aux personnes qui voudraient grouper entre elles les maladies cutanées, dans le but d'applications thérapeutiques générales pour chaque groupe, je dirai : adoptez la dernière classification d'Alibert. » (*Ibid.*, p. 67.) Tout est dit, l'éloge est complet, la question jugée, car avant tout nous sommes des médecins.

Si encore, ce n'était là qu'une préférence de mots, qu'une habitude d'école, nous passerions volontiers condamnation; mais c'est que pour la plupart des auteurs qui emploient l'expression eczéma, la forme emporte le fond. Pendant que MM. Cazenave et Schedel ne parlent et ne voient que des vésicules qui n'existent pas ou qui n'ont jamais existé, M. Rayer débute ainsi : l'eczéma est une inflammation non contagieuse de la peau et le professeur Hebra assimile cette hypérémie herpétique à la vésication que l'on détermine par une application d'huile de croton-tiglium, par celle de l'essence de térébentine. Il en trouve la cause dans une congestion occasionnée par les veines

hémorrhoïdales, par des varices même, par l'irritation du grattage. Quelle illusion! Aussi M. Doyon, dans ses notes n'hésite pas d'ajouter : « Ici un grand fait nous frappe : dans tous les eczémas de cause externe, de l'application d'irritants physiques ou chimiques : quelques semaines d'existence, puis l'extinction définitive. Jamais sur un autre point de réapparition ultérieure, à moins que la même cause ait répété son action. » (Traité des maladies de la peau d'Hebra, traduct. de M. Doyon, T. 1. p. 556.) J'ajoute, sauf dans le cas où cette cause irritante s'exerce sur un sujet à constitution dartreuse, comme j'en ai vu des exemples; alors seulement elle devient la cause occasionnelle de la dartre.

C'est aussi pour les Willanistes à la sécrétion de ces vésicules que sont dues les écailles qui se forment et se renouvellent sans cesse; car les élèves de Biett répètent souvent : « Le liquide exhalé s'épaissit et forme des lamelles, de petites squames, molles, minces, jaunâtres, peu adhérentes, souvent étendues, laissant au-dessus d'elles, lors de leur chute, la peau enflammée, humectée. » (Abrégé des maladies de la peau, p. 140, 1847.)

Erreur capitale, comme nous l'avons montré depuis longtemps (thèse inaugurale, 1833), car les écailles ne sont pas le produit du dessèchement de la sérosité, mais l'exfoliation d'un épiderme imparfait, qui s'effectue sous les conditions pathologiques du corion ou du corps muqueux de Malpighi, qui était chargé de la reproduction physiologique de la cuticule. Cette production et reproduction continuelle de l'épiderme caractérise précisément l'herpétisme et montre l'irritation spéciale et la condition morbide dans lesquelles peut s'effectuer cette enveloppe extérieure de la peau.

Contrairement à tous les Willanistes passés, présents et futurs, l'herpétisme, c'est-à-dire, la cause pathogénique

de la dartre squameuse humide est prouvé par l'hérédité de cette maladie, par ses reproductions fréquentes, sinon perpétuelles, par ses transformations infinies sur le même sujet, sur les divers parents d'une même famille. D'où il suit que ceux qui en ont voulu faire une inflammation pure et simple, un eczéma, c'est-à-dire une dermite exfoliatrice ont fait reculer la science et entravé l'art médical qui consiste surtout dans la thérapeutique. Dira-t-on que nous n'avons aucun moyen pour atteindre cette cause générale, cet herpétisme! Mais en le niant est-on plus sûr de l'atteindre? S'il existe, n'y a-t-il pas, sinon des spécifiques, des moyens hygiéniques à tenter, des modifications constitutionnelles à rechercher? Il faut donc primitivement le constater.

Heureusement que le temps, la réflexion, des études approfondies, disons le mot, l'erreur dans laquelle on s'était engagé ont enfin ouvert les yeux et que MM. Bazin et Hardy, Baumès, Doyon se sont élevés contre de pareilles doctrines. Or, nous ne pouvons mieux faire ici que de reproduire quelques passages des excellentes notes que le traducteur du professeur Hebra a eu le digne courage et le bon esprit d'ajouter au compendieux livre du médecin de Vienne. Pour répondre, en effet, à cette doctrine du dermatologiste allemand, qui se résume en deux mots : « Rien n'occasionne l'eczéma, il paraît et reparaît sans aucune cause interne, » parmi de fort longues et très-judicieuses réflexions de notre cher rédacteur des *Annales*, on distingue celles-ci : « Il est un fait indéniable, que ces maladies dartreuses se transmettent par hérédité, récidivent avec la plus grande facilité, ont une très-grande tendance à s'étendre et à se perpétuer d'une manière invincible.... En présence de ces caractères des affections dartreuses si nettement mis en relief par M. le professeur Hardy, en considérant de plus que ces dermatoses exten-

sives n'attaquent pas indifféremment tous les individus ; que certaines personnes ne peuvent s'y soustraire, quelques précautions hygiéniques qu'elles prennent, que certaines autres n'en sont jamais atteintes, à quelque cause d'irritation cutanée que les exposent, soit leur profession, soit leurs habitudes, on arrivera nécessairement à conclure, toutes les fois qu'on se trouvera en face d'un eczéma de cet aspect, qu'il ne saurait être la conséquence d'un état local, mais qu'il répond à une disposition générale de l'économie, disposition à laquelle on donne avec raison le nom de diathèse dartreuse. » (Notes de M. Doyon dans la traduction d'Hebra, p. 553, 555) ; puis il poursuit : « Cette diathèse dartreuse, ce vice dartreux ou herpétisme, suivant la dénomination qu'on voudra lui donner, représente pour la plupart des médecins l'existence d'une cause interne qui provoque, entretient et perpétue un grand nombre de dermatoses. Aussi admettons-nous avec M. Bazin que la dartre est une maladie constitutionnelle, à longues périodes ; à marche lente, continue ou intermittente, non contagieuse. » (*Ibid.*)

Une telle doctrine est si bien admise par les meilleurs esprits, par les praticiens les plus autorisés, que je ne puis résister au plaisir de tracer ici quelques phrases qu'un bien digne, bien savant et bien vénérable médecin, feu M. le docteur d'Astros père, prononçait à la séance de l'académie d'Aix, le 17 mai 1837, dans un rapport pour ma réception. Après des éloges trop flatteurs dont je lui renouvelle ici ma gratitude, il s'écrie : « Les dartres sont de ces affections de la peau contre lesquelles on n'a pas encore de spécifiques et qui se montrent les plus rebelles aux divers traitements. Cette maladie, pour avoir son siége sur l'enveloppe du corps humain, pour être plus accessible qu'un autre au sens de la vue, dans sa naissance, sa marche et ses progrès, n'en est pas pour cela plus facile à guérir

et l'on peut dire qu'elle donne un démenti formel à ce mot trivial des gens du monde : pourquoi le corps humain n'a-t-il pas une petite fenêtre par où l'on pourrait voir ce qui s'y passe dedans? Eh bien! pour les dartres on les voit au grand jour, et pourtant, on le sait, tel en est atteint qui en a souvent pour la vie. »

Voilà donc encore prouvé et d'une manière piquante et spirituelle, la diathèse dartreuse, l'herpétisme! Voilà la doctrine tout entière de notre illustre maître, montrée dans toute sa vérité! Voilà les nuages dissipés, dont on s'était évertué à la cacher! Voilà la consécration de ces paroles de Lorry, que nous ne saurions trop répéter : « *Nam morbi omnes isti affines inter se ex eâdem oriundi prosapiâ plus gradu et nomine differunt quàm naturâ.* » (de morbis cutaneis, art. IV., p. 294.)

Mais l'erreur ou la faute de l'école anglaise et des Willanistes français qu'elle a formés ne s'est pas bornée à regarder la dartre squameuse humide comme une simple inflammation. Toujours pour le plaisir de tout confondre et de tout embrouiller, elle a rejeté non-seulement cette grande famille, la *prosapia* de Lorry, mais pendant qu'elle divisait cette dartre en autant d'espèces qu'elle avait de formes, d'accidents ou de régions privilégiées, elle y a englobé (sans pouvoir s'étayer véritablement de ses lésions anatomiques) des maladies différentes, je ne dirai pas dans leur marche, mais par leurs manifestations bien distinctes, quelquefois par leurs pathogénies, telles que la dartre mélitagre flavescente et nigricante, les achores muciflueux, certains porrigos si distincts par leurs phénomènes symptomatiques, par leur prédilection à attaquer l'enfance, tandis que la dartre squameuse humide n'atteint guère que les adultes. Chose inouïe! Parce que Alibert avait classé à part, avec grande raison, dans le groupe des teignes, les affections qui se présentent à la tête, pendant l'enfance, on avait malicieu-

sement insinué qu'Alibert avait commis la faute grossière autant qu'inepte de classer les maladies de la peau par régions : les dartres au corps, les teignes à la tête. Affreuse, indigne calomnie, que M. Baumès a bien su relever, dont notre condisciple, M. Duchesne Duparc, a spécialement traité ! Honteuse insinuation qui n'a été inventée que pour laisser passer cette monstrueuse nosologie de tout confondre dans leur eczéma, si faux lui-même par l'idée principe qu'on lui faisait représenter ; sans compter que tous ces Willanistes qui accusaient les autres de classer les maladies par régions, distinguent sans motifs, sans raison, des *eczemas capitis*, *auribus*, *manibus*, *pedibus*, etc., enfin même en autant d'espèces qu'il peut y avoir de parties sur la surface du corps. Inutilité au moins qui ne fait que compliquer l'étude des dermatoses, sans produire d'autres résultats que de surcharger l'esprit et d'égarer les adeptes : eux qui peuvent croire à des maladies différentes, tandis que c'est toujours la même qui occupe des lieux divers ; faute immense qui doit faire perdre l'idée capitale qu'on doit se former de ces affections qui diffèrent *plus nomine et gradu quàm naturâ*. Dans tous les cas, émiettement fastidieux qui doit faire perdre le fil de la cohésion des phénomènes ; analyse superflue qui malheureusement est un travers du siècle, que M. Roussel, dans un discours de réception à l'académie des sciences de Marseille morigénait par ces belles paroles que je suis entraîné à répéter, tant elles s'appliquent bien à la circonstance : « L'esprit d'analyse à tant abaissé nos fronts sur la terre ; la spécialité a tellement dispersé nos efforts dans la poudre des faits et l'étude du détail, que nous y avons perdu l'amour du grand et de l'ensemble. Aussi, les hautes vues nous désertant, nous sommes-nous éteints dans le culte incohérent de la *matérialité* et de ses phénomènes ». N'est-ce pas ainsi que les maladies de la peau sont venues sombrer dans l'anato-

misme puéril des lésions prétendues élémentaires? fallait-il encore y ajouter la pulvérisation des régions!

Il n'en est pas ainsi, comme nous l'avons exprimé, des maladies de la peau qu'Alibert a réunies ou séparées par un esprit philosophique tellement large et vrai que le diagnostic y a autant gagné que la thérapeutique. Voici d'ailleurs, en attendant que nous poursuivions ces études sur diverses autres dermatoses, un magnifique exemple de dartre squameuse humide, qui atteste la vérité des principes du célèbre nosologiste et l'inanité des systèmes qu'on lui a opposés.

Marius Haude, du village de Corbière, âgé de 48 ans, d'une assez forte constitution, n'ayant jamais fait de maladie, mais issu d'un père qui avait eu toute sa vie des dartres farineuses (*herpes furfaraceus volatilicus*, *pityriasis*, que les Willanistes préfèrent parce qu'il n'exprime pas la nature de la maladie, qu'il est moins barbare, jugez-en), et d'une mère de faible constitution, qui succomba à une entérite, suite de fièvre muqueuse, avait été aussi fréquemment atteint de dartres furfuracées au cuir chevelu et à la figure, sans jamais avoir fait aucun traitement, lorsque, dans le courant de l'hiver dernier, il fut pris tout à coup d'une vive rougeur à la face. Jusque-là Haude, dans la maison de son père, était soumis au régime de nos paysans, c'est-à-dire à se nourrir presque exclusivement d'herbages et de légumes, lorsqu'il se mit au service d'un boucher, chez lequel, au contraire, il mangea beaucoup de viandes. Ce fut deux mois après cette nouvelle condition que sa figure devint rouge et aussitôt prise d'une sécrétion et d'une exfoliation épidermique, sans qu'il ait pu s'apercevoir d'aucune vésication ni pustulation. Bientôt le cuir chevelu et la barbe, puis le cou, le dos, la poitrine, les bras, les mains et seulement les jarrets aux membres inférieurs furent envahis.

Cependant comme l'affection débuta par la tête, on crut à un érysipèle, et comme l'appétit s'était conservé, on ne me fit appeler que lorsque la maladie eut pris toute son extension. Ce fut le 9 janvier 1875 que je le vis pour la première fois. Sa tête coulait abondamment et présentait des écailles assez épaisses, jaunes, de dessous lesquelles sortait le liquide séro-purulent qui se mêlait aux écailles; mais ne se concrétait pas en grain comme dans le *porrigo granulata*, quoiqu'il y eût des cheveux dont quelques-uns traversaient certaines écailles. Le front offrait des écailles plus minces, moins opaques, un peu plus larges qu'à la tête, et plus sèches sur les joues, surtout à la région malaire, où elles n'étaient guère plus que des furfures. Dans la barbe, les squames étaient plus larges que partout ailleurs; elles étaient plus sèches, formées d'un épiderme plus physiologique et soulevées par l'accroissement des poils de la barbe, ce qui donnait à la partie l'aspect d'une dartre plus particulièrement lichénoïde.

Mais le côté du cou, notamment l'espace claviculo-épineux droit, était d'un rouge vif et foncé, luisant, presque dépouillé de tout épiderme, exhalant en nappe un liquide séreux abondant, nullement roriforme, à quelque lumière directe ou oblique qu'on l'examinât (*eczema rubrum*). Le dos, entre les deux épaules, rouge aussi, sécrétant, semblait moins excorié et présentait par-ci par-là quelques écailles rares, mais jaunes. Le linge y adhérait et s'y tachait aussi; la nuit surtout, par la chaleur du lit, les sécrétions devenaient plus abondantes et alors les démangeaisons plus vives.

La peau du cou, très-rouge, était fortement épaissie, résistante, dure, ses plis étaient très-prononcés et ses sillons profonds; elle sécrétait moins, et les écailles, assez rares, y étaient plus rugueuses (*lichen agrius*), les bras étaient encore assez rouges, surtout aux plis du coude; cette rougeur

diminuait insensiblement sur les avant-bras, où les écailles étaient plus minces, plus petites, et les linges n'y collaient plus (*eczema simplex*). Enfin les mains n'étaient plus rouges, elles étaient sèches et semblaient avoir été trempées dans de la farine, tellement la furfuration était fine (*pityriasis*).

Sur la poitrine, à la région sternale, sous les jarrets, la sécrétion est plus réellement purulente et s'ajoute aux squames. Elle rend celles-ci plus jaunes, plus épaisses, pseudo-croûteuses, quoique les croûtes soient véritablement bien différentes, puisque lorsqu'elles se produisent, elles ne sont jamais mêlées à des écailles, et que ce n'est que lorsque les croûtes ne se reproduisent plus que les squames se manifestent, ainsi que nous le verrons un jour, alors que nous traiterons de la dartre mélitagre, niée si inconsidérément par les Willanistes et la nouvelle école, qui n'a pas toujours su se défendre entièrement de son péché originel. Il n'en est pas moins vrai que l'affection cutanée que l'on voyait à la poitrine de notre malade et sous ses jarrets aurait pu porter le nom que Willan a imposé à cette nuance accidentelle de la dartre squameuse humide (*eczema impetiginodes*).

Tels étaient les phénomènes que présentait Marius Haude à ma première visite. Huit jours après les choses avaient changé; tandis que la région de la barbe et la figure en particulier se montraient toujours plus sèches, et partant avec une desquamation moins souvent renouvelée; tantôt une région claviculaire, tantôt l'autre, d'autres fois le dos, la poitrine, les jarrets éprouvaient une nouvelle poussée hypérémique et devenaient plus rouges et plus sécrétants. Mais ces poussées ne s'effectuaient jamais par des vésicules ou des pustules; tantôt l'une de ces régions, tantôt l'autre, se dépouillait de ses squames par le fait de l'inflammation et de la sécrétion sous-jacente, devenait d'un

rouge vif, semblait excoriée un jour ou deux, puis peu après plus ou moins squameuse et toujours moins humide, c'est-à-dire que pour les Willanistes qui individualisent ces diverses phases de la même affection, d'*eczema simplex* ou *impetiginodes*, devenait *eczema rubrum*, même *pityriasis* et *vice versâ.*

La tête, c'est-à-dire tout le cuir chevelu, coiffé d'un gros bonnet de coton et presque toujours d'un énorme chapeau par-dessus, était constamment humide et sécrétait une matière plus particulièrement purulente qui se mêlait aux squames, rendaient cette région plus malade, jusqu'à ce que j'eusse ordonné et enfin obtenu de laisser la tête à l'air et que j'eusse persuadé à cet homme que la figure, les mains et les avant-bras avaient été les premiers améliorés ou guéris, par ce seul motif que ces parties étaient moins chaudement et plus spécialement sous les influences desséchantes de l'atmosphère.

Voilà les phénomènes d'exulcération, de vive inflammation, de sécrétions en nappe, de squames plus ou moins épaisses, plus ou moins jaunes, plus particulièrement larges et transparentes, ou ténues et furfurescentes que présentait ce malade, et tout cela sans que j'aie jamais pu voir, pendant deux mois, la moindre vésicule et que lui-même aussi n'en ait jamais découvert une seule, même après que j'ai eu éveillé son attention à cet égard. Cependant MM. Cazenave et Schedel ne parlent que de vésicules; à les entendre, le rôle principal leur est dévolu. Rayer, après avoir dit au sujet de l'eczéma des membres inférieurs : « La peau violacée, tendue, peu chaude, parsemée d'une multitude de petits pores qui laissent écouler un fluide ichoreux, roussâtre, présente des excoriations d'un rouge vif, dont la surface est piquetée de points d'un rouge plus foncé; d'autres parties offrent des lamelles jaunâtres, des fissures ou de larges excoriations, rarement on trouve *des*

vésicules intactes, continue aussitôt : L'éruption vésiculeuse (*sic*) se propage quelquefois à la face dorsale du pied et des orteils. » (Traité des maladies de la peau, t. I, p. 394.)

Ce passage est remarquable parce qu'il fait supposer que l'inflammation ne s'étend que par le phénomène de la vésication et que l'auteur s'évertue à ne montrer que des vésicules, des traces ou des débris de vésicules. C'est ainsi qu'on invente des lésions élémentaires lorsqu'elles n'existent pas, lorsqu'elles ne peuvent exister ; car alors que la dartre squameuse humide produit des squames, les vésicules se seraient-elles manifestées, on ne les observe plus, on n'en voit pas trace, et surtout lorsqu'elle affecte les jambes, qu'elle montre une peau violacée, c'est qu'elle est passée à l'état chronique ; et alors il n'y a que de larges squames, peu de sécrétion, encore moins roriforme ; et cette dartre, que l'on n'observe guère que chez des vieillards, ne fournit bientôt plus de squames, mais un épiderme fin, peu adhérent, ne se renouvelant qu'à de longs intervalles par de larges et rares fendillements. Presque toujours, par la finesse de cet épiderme, par son brillant, son poli et la couleur violette du corion qu'il transmet si bien, il ressemble à de la pelure d'oignon. C'est en un mot, alors, un épiderme plus physiologique que les squames, mais pas encore tout à fait normal. Si on y passe le doigt légèrement, il ondule en petits plis, ce qui atteste qu'il n'a qu'une faible cohésion avec le derme sous-jacent.

Est-ce à dire que le début de la dartre squameuse humide ne se présente jamais par des vésicules ? Ce n'est pas notre prétention, mais ce que nous voulons établir, conformément à l'observation, c'est que le plus souvent elle ne se présente pas par ces manifestations, ou qu'elles ont été si éphémères qu'elles ne peuvent servir d'élément au diagnostic, et que quelquefois ce ne sont pas des vésicules, mais une sorte de pointillé que l'imagination seule des

Willanistes transforme en ces lésions. J'observe en ce moment (juillet 1875) un robuste vieillard atteint pour la seconde fois, et d'une douleur sciatique et d'une dartre vive à la jambe du même membre; névrose et dermatose qu'il a cru liées par la même cause. Aussi à l'apparition de la rougeur s'est-il empressé de traiter l'affection cutanée par des fomentations chaudes, et c'est seulement lorsque la dermatose a eu envahi toute la jambe qu'il m'a fait appeler. Cette température, la macération qui en est résultée n'ont pas amené des vésicules, mais un pointillé rouge, très-rapproché, nullement saillant. Je fis cesser ces applications chaudes, ordonnai avec le traitement intérieur dérivatif et celui spécial de la sciatique des lavages à peine tièdes et un liniment laudanisé dont je parlerai plus bas. Alors ces points se sont transformés en lignes diversement figurées, s'éloignant chaque jour davantage, pour laisser de plus en plus des portions de peau saine, sans squames notables et comme par résolution. Les squames se manifesteront-elles plus tard? Les rudiments qu'on en découvre le font supposer et une certaine sécrétion qui tache les linges caractérise également la maladie.

Cette dermatose peut-elle porter plus particulièrement le nom d'eczéma ou de dartre squameuse humide? Remarquez que c'est pour la seconde fois qu'elle se manifeste et que je ne constate que le début de la nouvelle atteinte. Cette forme ponctuée désigne-t-elle une hypérémie particulière des bulbes pileux et sébacés? serait-ce ainsi des vésicules incomplètes? Donnerait-elle raison à M. Cazenave lorsqu'il professe que les vésicules sont des lésions des bulbes cutanées? Mais je me rappelle avoir trouvé ce même pointillé sur le péritoine des femmes mortes à l'hôpital Saint-Louis de péritonite. Or, cette membrane séreuse n'a point de cystes. Donc l'histologie de ces lésions est encore inexplicable. Cette disposition ne peut qu'être

constatée et les altérations anatomo-pathologiques ne peuvent en aucune manière, comme disait Gibert, que j'ai cité dans mon mémoire précédent, servir de base à une classification des maladies et surtout en désigner la nature. Dans les dermatoses, comme dans les autres affections, nous ne pouvons que constater les lésions matérielles; c'est la marche des maladies, leurs phénomènes complexes qui en indiquent la nature.

Mais revenons à notre malade de Corbière. Comme le prétend l'école de Willan, l'inflammation dartreuse ne se propageait pas par vésication; on ne voyait pas, comme elle le dit, aux bords des plaques herpétiques des vésicules. La couleur de ces bords se fondait par degrés insensibles jusqu'au tégument sain (ce qui est le contraire dans d'autres espèces de dartres) et sur cette peau, de moins en moins rosée, s'effectuaient des squames qui finissaient en furfures, de manière que l'inflammation et la desquamation se graduaient dans les mêmes rapports; et, lorsque la poussée reprenait la région, c'était au centre de la surface malade qu'existait la plus grande intensité de la rougeur et de la sécrétion; de sorte encore que les phénomènes d'inflammation amenaient d'autant plus de sécrétions qu'ils étaient plus intenses et d'autant moins de squames qu'ils étaient plus atténués. Comment donc, avec toujours l'idée d'inflammation vésiculeuse que conjuguent sur tous les tons les fauteurs de Willan, avec le rôle principal qu'ils font jouer à la vésication; comment, dis-je, se faire une juste idée de la maladie? MM. Cazenave et Schedel figurent dans leur livre un eczéma dont le centre est très-rouge et tous les bords entourés de vésicules jaunes. Assurément cette image n'est pas la reproduction de la nature et est faite pour donner à des élèves une bien fausse idée de la maladie, que son nom de baptême ne leur donne déjà que trop.

Pendant les mois de janvier et de février, le traitement employé chez Haude n'a eonsisté qu'en un régime herbaeé, des boissons abondantes, une déeoction de fumeterre, de ehieorée ct de racines de patience, nitrée, deux purgations par semaine et une cuillcrée à café soir et matin de liqueur de Wan-Swietten, pour imiter M. lc professeur Gubler, qui dernièrement avait obtenu dans une dartre squameuse rebelle les plus heureux résultats des préparations hydrargiriques. Des lotions tièdes à l'eau de son nc firent qu'exaspérer les sécrétions, et je me trouvai beaueoup mieux de me borner à faire exposer à l'air le plus possible les parties, puisque les mains, la figure, qui y étaient constamment exposées, furent plutôt sèehes et transformées en *herpes furfuraceus volatilicus*. La recommandation de s'éloigner du feu pendant le jour et de peu se couvrir la nuit eontribua aussi à diminuer les poussées, et ce ne fut pareillement que lorsque je pus convaincre le malade de garder la tête nue qu'elle eessa de fluer. Les éeailles ne furent plus jaunes, devinrent transparentes, puis plus ténues et farineuses.

Vers la fin de mars, eette dartre était partout sèehe; les plaques étaient bien encore rosées, mais ne produisaient plus que quelques squames rares et des furfures. La tête seulement présentait encore une eertaine desquamation, les mains et la figure n'étaient que légèrement farineuses. Ce fut sous de telles conditions que Haude voulut aller prendre les eaux salines et légèrement sulfureuses, froides, de Saint-Martin de Renacas, près Manosque. Je nc m'y opposai pas, parce que eette eau en boisson lui servait à la fois de purgatifs et de diurétiques, et que je pensai que des lavages froids n'auraient pas les inconvénients de l'eau chaude, qu'il avait essayée au gros de l'hiver. J'espérai encore que la dartre étant déjà beaucoup atténuée, la composition chimique de l'eau tempérée par le froid n'en ramè-

nerait pas l'acuité, comme des eaux thermo-minérales la produisent quelquefois. En effet, Haude passa quinze jours dans les campagnes de Saint-Martin, suivant toujours chez les paysans où il logeait son régime herbacé et frugal, buvant une grande quantité d'eau minérale, le vulgaire ne comprenant pas la modération à cet égard. Il se lava plusieurs fois par jour à la source qui coule dans un torrent et qui n'a jamais été exploitée. A son retour les plaques herpétiques furent plus rétrécies, celle de la poitrine n'avait plus que quelques traces. Le dos était encore un peu rosé, mais la quantité des squames qui se reproduisaient était insignifiante. Sa tête cependant en produisait encore, mais cette fois blanches, ténues, farineuses, et les plis du bras et des jarrets encore un peu rouges montraient des plis transversaux, et partant des sillons qui rappelaient ceux du cou en premier lieu (*lichen agrius*). Toutefois cet homme reprit bientôt ses travaux des champs et n'a présenté d'autres phénomènes qu'une atténuation toujours plus sensible de ceux que je viens d'indiquer. Je lui ai conseillé cependant encore de continuer à petite dose sa liqueur hydrargirique et de boire dans la journée des décoctions des plantes dites dépuratives de la saison.

Dans le cours de la maladie d'Haude, un de ses frères vint me voir plusieurs fois pour quelques furfures à la figure et sur deux doigts de la main. Il avait pris la place de son aîné chez le boucher et craignait beaucoup d'éprouver le même sort. J'ai donc pu voir les premières manifestations de la maladie, qui se sont bornées à quelques rougeurs, et après, au-dessus, à quelques fendillements de l'épiderme, des rares et très-ténues squames. D'ailleurs la maladie s'est arrêtée presque aussitôt et la peau n'a conservé qu'un peu de rudesse à cet endroit, mais jamais je n'y ai vu trace de vésicules ni de pustules.

Voilà une observation de dartre squameuse humide complète, puisqu'elle montre :

1° L'hérédité de cette maladie et par conséquent son origine constitutionnelle, sa nature ;

2° Ses divers degrés de formes et de transformations, puisque de dartre furfuracée volante, elle est devenue squameuse humide, presque lichénoïde sur certains points, pour retourner dans son premier état ;

3° La parenté de ces diverses affections, puisque un père qui était atteint de la dartre furfuracée volante seulement procrée deux fils dont l'un reste affecté longtemps de la même espèce de maladie; mais qui un beau jour prend une nouvelle forme et une autre gravité. Tout cela, lorsque le frère n'est jusqu'ici atteint que de la première espèce de ses parents. Mais chez celui-ci ne se transformera-t-elle pas aussi un jour sous l'influence de quelque cause occasionnelle ou aggravante ? Qui pourrait dire s'il n'en aurait pas été de même du père s'il eût changé de régime ou de conditions hygiéniques ?

N'est-il pas raisonnable, en effet, d'admettre que l'affection du fils aîné n'a pris cette nouvelle gravité que sous l'influence du régime alimentaire trop animalisé auquel il n'était pas habitué ? Le malade lui-même l'a attribué tout de suite à cette cause. Ne voilà-t-il pas une cause générale que le professeur Hebra ne veut reconnaître qu'autant qu'on lui montrera chimiquement le virus ou le vice originel qui a produit la maladie ? Est-ce que le régime alimentaire ne change pas la *crase* de nos humeurs, est-ce qu'il ne les modifie pas chimiquement et peut ainsi transformer la disposition constitutionnelle ? D'ailleurs, fait judicieusement remarquer M. Doyon, la chimie a-t-elle démontré le virus vaccinal, variolique, exanthématique et syphilitique que Hebra admet sans conteste ?

Cette obervation prouve donc encore et sans réplique

l'herpétisme et montre en même temps la puérile niaiserie des distinctions de Willan et de ses adeptes, lorsqu'ils distinguent des espèces d'*eczemas* en *simplex*, *impetigineia* et *rubrum*, puisque nous voyons tout cela sur le même sujet. Quel est le professeur qui oserait dire que notre malade avait un *eczema rubrum* sur le dos, un *eczema impetiginodes* au devant de la poitrine, un *impetigo* à la tête, un *lichen agrius* au cou, un *pityriasis* à la face et aux mains, tandis qu'il trouverait huit jours après, ces affections déplacées, de manière que l'une aurait pris la place de l'autre et ainsi *vice versâ*, plusieurs fois ? Il ne pourrait cependant pas faire autrement sans que le dernier des élèves eût le désir de lui lancer à la face quelque épigramme injurieuse ou au moins cette apostrophe : vous proclamez un système et vous ne vous en servez pas. Cette distinction d'ailleurs des divers symptômes d'une affection en autant de maladies n'est-elle pas la pire des ontologies, pour rappeler justement les polémiques de Broussais ? Ne peut-on l'assimiler à ce que nos pauvres médecins disent par ignorance ou pour fasciner nos crédules paysans : qu'un malade a des fièvres, une pneumonie, une pleurésie, un transport au cerveau, parce qu'un pneumonique présentera un point de côté, la fièvre, du délire, qui ne sont que les symptômes réactionnels d'une seule affection ?

L'histoire de notre malade ne donne-t-elle pas la preuve la plus éclatante de la fausseté de l'école anglaise ? Ne dévoile-t-elle pas la route dangereuse dans laquelle les élèves sont engagés en leur faisant méconnaître la nature de l'affection, sa marche et ses véritables phénomènes? J'en dirai autant de leurs distinctions lorsque la maladie attaque certaines régions. C'est toujours la même maladie : il ne s'agit que d'indiquer qu'elle peut se limiter à différentes parties.

Disons toutefois que le mot d'eczéma est très-commode

dans certains cas ; précisément parce qu'il n'exprime qu'un phénomène très-général de l'inflammation on peut l'appliquer à tout. C'est ainsi que j'ai vu quelques dartres aux mains trouver difficilement leur véritable place entre la dartre squameuse humide et la lichénoïde, être nommée bravement *eczéma*, parce que ce mot ne caractérise rien. Il est tellement banal que l'on peut tout y englober, de même englobe-t-on tous les achores lactumineux ou muciflueux dans l'impetigo, lorsque celui-ci n'est pas confondu par quelques adeptes de Willan dans ce même eczéma. A ce compte, ils ont raison de trouver que ce système facilite le diagnostic : il n'y aurait qu'à n'en pas faire, ce serait encore plus simple ! Cet eczéma est bon à tout ! M. le professeur Béhier, dans une excellente leçon sur une éruption produite par les poudres qui émanent dans la fabrication des substances arsénicales, décore cet accident particulier du nom d'*eczéma non spontané.* A qui le grand clinicien fait-il cet honneur ? est-ce à l'éruption ou à la dénomination? convenez au moins qu'il devient toujours plus banal !

Pour nous qui voulons exprimer à la fois la nature et la forme de l'affection, qui voulons les grouper ou les distinguer par leurs plus grands et plus nombreux rapports de leur physionomie, de leur marche, de leur durée, de leur pronostic, de leur thérapeutique, nous éprouvons dans quelques cas un certain embarras. Mais les Willanistes sont-ils plus avancés lorsqu'ils se sont payés d'un mot qui n'est pas même une étiquette ? Je crois que M. Devergie, comme M. Bazin, s'applaudit quelque part de ce langage sans valeur. Je ne l'en féliciterai pas, car, en franchissant ainsi les difficultés, on est sûr et certain de rester constamment dans l'ornière et d'étouffer tout progrès ! C'est la précision du langage qui seul peut conduire à l'exactitude de la science. J'ai prouvé, par un cas, bien malheureux, dans mon mémoire sur l'esthiomène,

comment le nom si trivial de lupus qu'on a fait tantôt scrofuleux, tantôt syphilitique, avait entraîné plusieurs médecins à méconnaître la *syphilis ex ulcerans excavata.* Si chacune de ces maladies avait été bien et dûment séparée, distincte, comme elles le sont en effet, une telle méprise n'aurait pas pu avoir lieu. Mais revenons à notre sujet et examinons la forme des deux dartres dont nous avions voulu parler.

On observe deux espèces de ces dartres, l'une se présente à l'état aigu, l'autre toujours à l'état chronique. Je donne mes soins depuis quelques années à une femme, couturière de son état, qui de temps à autre, tous les ans ou tous les deux ans, est prise de cette dartre aux deux mains à la fois et en même temps. Il paraît tout d'abord quelques *pustules* petites, aplaties, irrégulières, éloignées les unes des autres ; presque aussitôt, toutes les mains, les doigts deviennent rouges, se gonflent uniformément au point de ne pouvoir les plier. Quelquefois la fièvre s'allume et un état saburral des premières voies se manifeste ; l'épiderme est bientôt soulevé par de larges plaques, une suppuration presque uniforme s'établit en dessous ; les squames se forment et se renouvellent, puis le gonflement diminue, la rougeur perd de son intensité, les squames deviennent plus petites, mais jamais ne se montrent en furfures. Enfin, après quinze jours, trois semaines environ, avec un traitement approprié, la résolution arrive et la peau dure, raide pendant quelque temps, reprend peu à peu toutes ses qualités physiologiques ; tandis que la maladie reparaît à une époque indéterminée, sans cause occasionnelle appréciable. Avant que je visse cette femme, sa dermatose prenait souvent une marche chronique et durait plus ou moins longtemps. Donc le traitement y est pour quelque chose.

Chez d'autres personnes, l'affection a une forme différente et une allure tout à fait chronique. Mlle Cécile, la

femme de chambre d'Alibert, entre autres, en montrait un bel exemple. Dans ce cas, il s'élève et se produit successivement et presque constamment, de temps à autre, de fort petites vésicules, acuminées, transparentes, ne renfermant que de la sérosité. Elles se crèvent difficilement et occasionnent une vive démangeaison. Enfin, elles se crèvent ou le plus souvent on les crève, et alors les débris épidermiques qui en résultent se soulèvent, se recoquillent et donnent ainsi à la peau de la rudesse et un aspect lichénoïde. La production et reproduction de ces vésicules n'entraînent pas de gonflement à la peau, seulement une certaine induration. Lorsqu'elles se montrent, et c'est assez ordinaire, aux environs de la matrice des ongles, ces productions sont aussi affectées ; elles perdent de leur transparence, deviennent opaques et se déforment plus ou moins. Dans ces cas, on se trouve bien de quelques cautérisations au nitrate d'argent. L'inflammation substitutive, que ces légères applications déterminent, change d'abord le genre de douleurs et éloigne la reproduction des vésicules, que l'on crève souvent avec avantage, pour les toucher avec la pierre. C'est ce que pratiquait incessamment la femme de chambre d'Alibert. J'ai été consulté il y a quelques années par une jeune femme, affectée aux mains et aux ongles notamment de cette lichénoïde, et elle porte en même temps un léger *varus gutta rosea* au nez et aux joues, pendant que sa mère possède cette couperose à un degré bien plus prononcé. Après de tels faits, que l'on dise que les varus et les dartres ne sont pas de la même *prosopia*, ne tirent pas leur pathogénie de la même origine ! Mais n'anticipons pas, nous traiterons un jour ce sujet *in extenso*.

Voilà ces espèces de dartres squameuses que l'on ne caractérise ni dans leur nature, ni dans leurs formes, en les appelant *eczema manuale*. Une telle dénomination est trop

simple pour ne pas dire niaise ; elle rappelle trop les vérités de M. de Lapalisse : qui ne s'aperçoit pas qu'elles affectent les mains ? J'ai été consulté hier pour une dartre squameuse humide qui a attaqué uniquement les avant-bras, faut-il l'appeler *eczéma antebrachiale ?* La prédilection d'affecter les mains n'en fait pas une espèce différente. J'ai vu, et l'on connaît parfaitement des dartres squameuses centrifuges qui se placent aussi aux mains de préférence. J'ai observé encore un autre genre de dartre squameuse où la paume des mains sans vésicules, sans pustules, se dépouille de son ancien épiderme, lorsque, à peine, un nouveau très-imparfait s'est constitué. Celui-ci est si fin, si ténu, si lubréfié, si luisant, qu'il transmet dans toute sa vivacité la rougeur du derme, qui paraît à nu et semble exsuder une sueur permanente dont on n'aperçoit pas les gouttelettes. Enfin, si l'on ne considérait que le siége, on pourrait confondre quelques-unes de ces dartres avec le *phyzacia* qui affectionne particulièrement les mains et les pieds. M. le professeur Hardy semble faire cette confusion lorsqu'il dit : « Les traits caractéristiques de l'*eczema manuale* sont : son siége spécial, la tendance des vésicules à rester intactes, le développement des vésicules qui atteignent souvent les proportions des bulles et peuvent faire croire à un pemphigus. » (Leçons sur les maladies de la peau, p. 65.) Je crains bien que l'habile professeur ne se trompe : l'eczéma, puisqu'il y a si improprement eczéma, qui affecte, on peut dire uniquement les mains et les ongles se présente avec des vésicules petites, acuminées, *ayant tendance à rester intactes ;* mais celles qui atteignent les proportions des bulles ne peuvent y rester trop longtemps. Dans le phyzacia, quelques-unes des bulles les plus petites laissent quelquefois concréter le liquide séro-muqueux qu'elles contiennent et se dessèchent, les plus grosses ne le peuvent pas aussi facilement. Mais ce

sont là des caractères de l'eczéma phlyzacié d'Alibert et non pas d'une dartre dont leur *eczéma* est le représentant.

Toujours est-il que voilà bien des lésions élémentaires différentes, à ne parler que des vésicules et des pustules. Les unes sont des pustules jaunes, aplaties, éphémères, les autres des vésicules petites, acuminées, persistantes, transparentes. M. Hardy y ajoute des bulles, et l'on classe de telles affections au moyen de lésions si variables, qu'on est obligé, comme nous, de distinguer et partant de montrer tout aussitôt la fausseté de leur classification ? Faut-il bon gré mal gré faire entrer des maladies dans le même cadre pour des phénomènes si variables, si différents ? On prétend ainsi faciliter le diagnostic, mais il n'est pas facilité par le principe, il ne l'est que parce qu'on confond tout sous la même étiquette ! N'est-il pas préférable d'exprimer auparavant la nature de la maladie, puis tenir compte de ses formes ou de ses transformations, lorsque ces formes indiquent le traitement, qui peut bien varier, comme tous les traitements selon l'individu, l'état des lésions, les phases du mal, mais qui ne perd jamais les analogies qui ressortent de sa nature.

Les transformations de la dartre squameuse sont si nombreuses, si variées, qu'on pourrait en faire autant d'espèces qu'il y a de sujets affectés, et cette circonstance a été si bien reconnue par notre illustre maître, qu'il s'était borné à distinguer les variétés suivantes : l'humide, la scabioïde, l'orbiculaire, la centrifuge et la lichénoïde. Encore ne sais-je pas si la scabioïde et l'orbiculaire doivent être conservées. Sans doute, elles devraient être préférées à ces divisions infinies des Willanistes qui portent surtout sur les régions. Mais j'ai lieu de croire que les démangeaisons plus vives, plus persistantes de cette variété, tiennent plutôt à la sensibilité individuelle qu'à la nature de la dermatose. Aussi lorsque Alibert donne pour exemple de la

dartre squameuse scabioïde le cas suivant, je suis porté à croire que la condition de la malade, le siége de l'affection, la sensibilité de son organisme, l'état de son moral exagèraient plutôt ses douleurs, que l'espèce de l'affection cutanée. Écoutons-le, en effet : « Je pourrais retracer ici les malheurs arrivés à une personne jeune et belle, qui a été victime de cette désespérante maladie. Elle souffrait tant, qu'elle était découragée de vivre ; elle versait sans cesse des larmes. Les symptômes de ce mal si odieux, établis dans les plus intimes organes, s'exprimaient d'ailleurs chez elle avec une énergie d'existence qui était en contradiction avec ses principes religieux. Certes, mieux vaudrait une immense douleur que ces sensations *picotantes*, ces *morsures* réitérées qui interdisent toute plainte et ne permettent aucun aveu. Les penchants de l'âge, des relations interdites la firent tomber dans un état d'aliénation. » (Monographie des dermatoses, t. II, p. 42.)

Quant à la dartre squameuse orbiculaire, qu'il a ainsi nommée parce qu'elle se place, comme les muscles qui portent ce nom, autour des ouvertures, telles que la bouche, les yeux, l'anus, la vulve, il eut peut-être suffi de l'indiquer, comme l'a d'ailleurs fait le célèbre dermatologiste : « Cette variété de dartre est surtout observée autour du nombril, autour de la vulve, autour de l'anus et des ouvertures naturelles du corps ; mais l'herpès orbiculaire des mamelons n'est pas moins digne de l'attention du pathologiste : il peut se manifester dans les deux sexes, surtout chez la femme, et à tous les âges ; il est d'autant plus rebelle, qu'il a lieu sur les organes où s'accomplissent souvent des sécrétions très-délicates. On observe que les squames herpétiques qui se forment sur les éminences mammaires vont en diminuant d'épaisseur du centre à la circonférence. » (*Ibid.*, p. 43.)

Cette dartre squameuse orbiculaire est tantôt humide,

tantôt sèche, c'est-à-dire qu'elle peut se présenter aussitôt sous ces deux formes, car il va sans dire, que d'humide elle passe à l'état sec. Nous en dirons autant de la lichénoïde qui, comme nous l'avons montré dans notre mémoire précédent, peut succéder à la forme humide. Par conséquent, toutes ces maladies sont de la même *prosapia*, pour parler comme Lorry, c'est-à-dire sortent de la même souche.

Maintes fois elle naît tout à fait sèche (je parle de la lichénoïde (lichen de Willan) et ne présente jamais de vésicules ni de pustules, mais des papules plus ou moins étendues, indurées, qui sont bientôt surmontées de squames; et qui, je crois l'avoir dit le premier, n'ont l'aspect et le maniement rude, que parce que le corion est engorgé, induré et les squames recoquillées en divers sens. Voici, d'ailleurs ce que je disais dans ma thèse : « Si l'on suit avec une loupe tous les progrès de ces papules, l'on voit qu'une fois qu'elles ont acquis un certain volume, l'épiderme qui les recouvre, dur et consistant comme une lamelle de parchemin, se détache vers certains points de leur circonférence, tandis qu'il reste fortement fixé sur un autre. Cette partie de l'épiderme ainsi soulevée se relève de plus en plus et forme un angle plus ou moins ouvert avec la surface de la papule ; parfois on peut la voir se replier sur elle-même... Son exfoliation totale ne s'opère que lorsque la couche nouvelle de l'épiderme s'est reproduite pour protéger la peau ; mais ce dernier phénomène exige un certain temps, car, contrairement à la dartre squameuse humide, la chute spontanée de l'écaille se fait longtemps attendre : toutes ces papules sont également disposées, avec cette différence pourtant que tantôt le soulèvement s'opère d'un côté, tantôt de l'autre, et donne à la peau, par cette diversité de disposition, cette rudesse qui lui a mérité le nom de *lichénoïde*. » (Histoire de

l'inflammation dartreuse; thèse inaugurale, p. 29, 1833.)

Tel est le lichen de Willan, de Bateman et de l'école que Biett a inaugurée en France. Le professeur Hebra seul paraît décrire sous ce nom une dermatose scrofuleuse qui rappelle certaines dartres squameuses centrifuges; mais on ne lit pas sans étonnement cette phrase de M. Hardy: « Alibert range le lichen dans la classe des affections scabieuses, il l'appelle *prurigo lichénoïde ou furfurant;* dans notre classification nous l'avons placé au nombre des affections dartreuses. » (Leçons sur les maladies de la peau, p. 81, 1860.) M. Hardy fait ici une grande erreur, et n'a fait qu'imiter Alibert, car si notre maître a rejeté avec raison la dénomination de lichen qui distingue une plante, il a parfaitement reconnu et distingué la variété de dartre squameuse lichénoïde du prurigo qui se montre quelquefois aussi lichénoïde et furfurant. Voici, d'ailleurs, comment il s'exprime: « Qu'on ne compare point l'état de certains dartreux à celui des individus affectés du prurigo; les premiers se soulagent du moins en se grattant, et plusieurs d'entre eux avouent même qu'ils n'ont pas de plus exquise jouissance; mais ces derniers ont beau recourir à ce moyen, ils ne peuvent ni échanger un seul instant cette sensation brûlante, ni procurer la moindre trêve à leurs perpétuelles souffrances. » (*Ouv. cit.*, t. II, p. 575.) Plus loin: « le prurigo est le plus souvent une affection continue... lorsqu'on considère la partie affectée, on aperçoit de très-petites papules, qui s'élèvent légèrement en pointe. Ces papules peu enflammées, rapprochées les unes des autres, ne contiennent aucune sérosité; elles se recouvrent, lorsqu'elles ont été déchirées avec les ongles, d'une légère croûte arrondie de la grosseur d'une tête d'épingle et d'une couleur noire ou brunâtre », qu'il sait être très-bien une gouttelette de sang. (*Ibid.*, p. 579.)

M. Hardy n'a donc fait ici encore que corroborer les doctrines d'Alibert, qu'il appelle d'ailleurs quelque part aussi son illustre maître. Il sera donc établi qu'il existe une dartre squameuse lichénoïde, qui se distingue du prurigo, bien que celui-ci puisse égalcment porter cette qualification. Il s'en distingue par des phénomènes physiques que notre maître avait décrits et que tout le monde répète, car MM. Cazenave et Schedel, disent : « Le lichen (dartre squameuse lichénoïde d'Alibert et partant de M. Hardy), ne se recouvre jamais de ces petites croûtes noirâtres qui surmontent si souvent les papules du prurigo ; dans le lichen, le prurit est bien moindre. (*Ouv. cit.*, p. 351.)

Le lichen des Willanistes est donc si bien une dartre, qu'il peut être la transformation d'une squameuse humide, et lorsqu'il naît spontanément, comme j'en ai un cas sous les yeux, il ne se montre pas tout d'abord disséminé sur le dos et sur les membres comme le prurigo. La dartre squameuse lichénoïde à laquelle je fais allusion débuta par une plaque sur le devant de la cuisse, puis se généralisa. Enfin, aujourd'hui qu'elle s'est considérablement atténuée, que la peau a perdu de sa rudesse, qu'on n'observe plus de plis transversaux que formaient les papules, on ne découvre, comme chez tous les dartreux amendés, que quelques régions furfurescentes. On y voit des furfures blanches dans les sourcils, dans les sillons des oreilles et ailleurs, qui semblent, ainsi que le dit Alibert, empreints légèrement de plâtre.

S'il est facile aux Willanistes de diverses couleurs d'englober dans leur eczéma une infinité de maladies vésiculeuses, pustuleuses ou supposées, assurément ils ne pourraient y faire entrer une dartre tantôt humide, tantôt écailleuse et lichénoïde comme celle que je viens d'observer. Un négociant de Marseille est venu me consulter pour une dartre qui coiffait l'annulaire de la main droite et tout le genou

gauche. Partout ailleurs la peau était saine. Depuis plus de dix ans, ce monsieur en est affecté, et au moment où il me consulte, ces deux régions présentent une surface rouge, arrondie, élevée uniformément de manière que le derme en entier est très-épaissi. Dans certaines saisons, la peau affectée produit du pus, dit le malade, et généralement en hiver. Maintenant elle est sèche et recouverte de larges squames blanches. Pour nous, c'est d'abord une dartre, et une dartre humide qui se transforme en lichénoïde. Que serait cette affection pour nos antagonistes ? Serait-elle un lupus ? ou seraient-ils forcés d'en faire quelque animal à part, un rhinocéros ! à coup sûr ils en feraient un pachyderme ! Voilà où aboutissent les systèmes fantaisistes : en détruisant les liens de nature, de progression, de marche, de transformation pour n'y rechercher que des éléments anatomiques qu'ils ne peuvent préciser, ils sont forcés d'englober dans certains cadres des maladies disparates ou de créer tout autant d'affections qu'il y a de physionomies différentes de dermatoses.

Ne s'apercevra-t-on pas enfin que tout devient confusion, inconséquence dans les principes et le langage introduit par Willan, Bateman, Biett et *tutti quanti*, puisque, alors qu'ils avaient voulu détruire l'herpétisme, que l'école schismastique qui s'est élevée a rétabli par la force de l'observation, on est parvenu à cette antinomie que je trouve entre autres dans une phrase de M. Barth. « Chez les sujets atteints d'herpétisme, dit-il, surtout si la bronchite coïncide avec la disparition d'une affection cutanée, telle que l'eczéma, l'impetigo, elle acquiert très-promptement une grande intensité... » (Dict. encyclop., t. X, p. 737.) Comprend-t-on que l'herpétisme existe ainsi précisément ailleurs que dans les herpès de Willan et des écoles qui sont sorties de ses doctrines ! Comprendra-t-on que M. Barth, par ce langage, rétablit justement l'impetigo

moderne, c'est-à-dire la mélitagre parmi les dartres ? comprendra-t-on enfin, que cette nomenclature bouleversée nous a jetés dans des impasses, nous a plongés dans le tohub-ohu de la tour de Babel.

(*A suivre.*)

DES SCROFULIDES GRAVES PRIMITIVES DE LA GORGE (SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC). — Par le Dr Georges HOMOLLE.

(Suite et fin.)

Symptômes fonctionnels.

L'indolence presque absolue qui constitue l'un des caractères importants des scrofulides cutanées graves appartient également aux lupus propagés de la gorge ; chez quelques sujets même, l'absence de la luette, l'existence de cicatrices au fond du pharynx ou sur le voile du palais sont constatées presque par hasard, sans que le malade puisse fournir aucun commémoratif sur l'époque à laquelle s'est produite la lésion destructive et sur les signes fonctionnels qui l'ont accompagnée. Cette absence de phénomènes douloureux n'est pas aussi constante dans les scrofulides primitives du voile ou du fond du pharynx. Plusieurs observations mentionnent des douleurs angineuses qui se font sentir quelques mois ou même plusieurr années avant l'entrée des malades à l'hôpital et qui peuvent être regardées comme ayant marqué le début des lésions chroniques. Après quelques mois ou quelques années, le malade qui a conservé de cette première poussée un certain degré de gêne et d'endolorissement, peut prendre une ou plusieurs angines aiguës, jusqu'au jour où se produisent des accidents plus graves (reflux des aliments par le nez par exemple), à l'occasion desquels le médecin examine la gorge et constate

une mutilation du voile du palais plus ou moins avancée.

Un grand nombre de sujets disent n'avoir éprouvé, au début de leur mal, comme au moment de leur venue à l'hôpital, qu'un sentiment de gêne, quelquefois d'ardeur ou de cuisson au fond de la bouche; presque continus pour quelques-uns, ces phénomènes douloureux ne se produisent, pour le plus grand nombre, qu'à l'occasion de la déglutition. Quelques malades souffrent même en avalant leur salive; la plupart n'ont de sensation pénible qu'au contact de certaines substances; tous signalent le vin et les liquides chauds ou fortement sapides comme réveillant surtout les douleurs.

Une poussée aiguë marque souvent le moment où la perforation s'opère ou bien la période où le voile s'échancre et subit une perte de substance plus rapide. Cela n'est cependant pas constant; il y a tel malade dont la perforation se fait presque sans douleur; d'autres arrivent avec le voile profondément rongé, sans qu'il y ait jamais eu plus qu'un simple mal de gorge. Je crois être dans le vrai en disant que la douleur vive et les poussées aiguës appartiennent plutôt aux formes ulcéreuses franches, tandis que le lupus est plus spécialement caractérisé par le peu d'intensité des phénomènes douloureux.

Les ulcérations du fond du pharynx peuvent passer presque inaperçues; on les reconnaît en quelque sorte par hasard, mais, souvent aussi, elles s'accompagnent de douleurs.

Quelques malades accusent des douleurs d'oreilles souvent limitées d'un seul côté; il est plus rare d'observer une céphalalgie intense, ou des souffrances ressenties à la nuque au moment de la déglutition.

La sensibilité de l'arrière-gorge n'est peut-être jamais augmentée dans le cas d'angine scrofuleuse grave; très-fréquemment, elle est diminuée; on peut toucher les ul-

cérations sans provoquer de douleurs ; les malades se laissent examiner avec la plus grande facilité ; le contact du miroir laryngien ne provoque (chez les sujets que j'ai examinés du moins) ni mouvement de déglutition, ni sensation de nausée. Bien qu'il y ait une diminution notable de la sensibilité réflexe, la notion des contacts est conservée.

Les cicatrices sont absolument indolentes.

Troubles de la déglutition. — La déglutition est à peu près constamment gênée, au moins à une certaine période de la maladie (soit scrofulide ulcéreuse, soit lupus), et cette gêne résulte de la douleur que provoque le passage de certaines boissons, le vin surtout. Pour quelques malades il y a simplement une difficulté légère, pour d'autres, la souffrance est très-vive et entrave sérieusement l'ingestion des aliments.

Le reflux des matières solides et surtout des liquides par le nez peut se produire à deux périodes distinctes et par un mécanisme bien différent ; pendant la phase des phénomènes aigus, en dehors de toute perte de substance, il ne peut s'expliquer autrement que par la demi-paralysie qui accompagne l'inflammation des organes pourvus d'appareils musculaires ; plus tard, la sensibilité réflexe est diminuée et cesse d'exciter des contractions régulières ; mais la cause prédominante des troubles de la déglutition, c'est la mutilation du voile (soit par une échancrure profonde, soit par une perforation), l'occlusion des arrière-narines est impossible, et les aliments pénètrent en même temps dans le pharynx et dans les fosses nasales à travers l'orifice béant de la perte de substance.

Dans le cas de large perforation ou de profondes échancrures marginales, les aliments et les boissons continuent à passer par l'hiatus permanent dans les fosses nasales, même après la cicatrisation, et la nutrition peut sérieuse-

ment souffrir lorsque les aliments cessent ainsi de pénétrer dans l'œsophage.

Le lupus, alors même qu'il a détruit une certaine zone du voile, peut ne pas entraîner un semblable désordre fonctionnel, lorsque les piliers postérieurs rapprochés peuvent encore tendre le voile et l'attirer vers le fond du pharynx. Quand les adhérences ne laissent plus qu'un orifice peu considérable entre le bord du voile et la paroi pharyngienne, il n'y a en général aucun trouble ; l'orifice est situé trop en arrière ; il a trop peu d'étendue antéro-postérieure pour permettre le reflux des matières alimentaires. Lors enfin, qu'après la cicatrisation, le voile adhérent forme une cloison complète, la déglutition se fait sans difficulté. Les cicatrices radiées du fond du pharynx n'apportent aucun obstacle.

Trouble de la phonation. — Après la déglutition, la fonction qui est le plus souvent compromise est la phonation. Il est presque sans exemple que le timbre au moins de la voix ne se modifie pas dans une certaine mesure. La voix est, au début et tant qu'il n'y a pas de destruction notable, angineuse; elle a quelque chose d'embarrassé ou bien elle est un peu rauque, ou comme étouffée; assez souvent enfin elle est enrouée, et l'intensité des sons est diminuée en même temps que leur timbre est changé.

Dès que l'intégrité du voile est sérieusement altérée, la voix se modifie davantage : elle devient nasillarde ou plus fréquemment tout à fait nasonnée, se rapprochant de plus en plus, à mesure que les lésions sont plus profondes, de la voix des sujets atteints de division congénitale du voile du palais ; tous les sons tendent alors à se confondre en un nasonnement uniforme qui rend la parole presque inintelligible. Enfin, on comprend que, sous l'influence de lésions concomitantes du larynx, comparables à celles que Türck

a décrites, une aphonie plus ou moins complète succède aux troubles peu accusés du début.

Les modifications de la voix sont en rapport avec la profondeur plutôt qu'avec la nature des lésions, et la scrofulide ulcéreuse agit ici comme le lupus. Quant aux ulcérations du fond du pharynx, elles n'entraînent pas de changement dans la phonation.

La *respiration*, sauf de rares exceptions, est normale. Il est exceptionnel que la respiration devienne bruyante à distance, qu'on observe de l'essoufflement avec un bruit strident de la respiration et, plus tard, un cornage laryngé très-intense, s'exaspérant sous l'influence des mouvements, plus marqué dans l'inspiration que dans l'inspiration ; ou enfin des phénomènes d'*œdème de la glotte* nécessitant la trachéotomie. (Obs. de M. C. Paul.)

La *toux* est rare et ne paraît pas dépendre directement des lésions pharyngées ; peut-être cependant quelques malades ont-ils, par le fait de la pharyngite chronique, une petite toux brève et sèche analogue à celle des angines granuleuses.

En dehors de la *salivation*, abondante chez quelques sujets, et probablement liée à l'irritation des glandules buccales, les malades crachent peu, ou n'ont pas d'*expectoration*. Quelquefois même, la sécheresse de la bouche, causée par le passage continuel de l'air, devient un phénomène pénible, quand le voile est complétement adhérent au fond du pharynx. Un certain nombre de sujets se plaignent aussi de sécheresse des narines avec enchifrènement et douleur, mais cela tient toujours à une lésion des fosses nasales. Quand le voile est complétement adhérent, les malades ont grand'peine à se débarrasser du mucus qui s'accumule sur la pituitaire. Enfin, lorsque existent à la fois une perforation et une occlusion plus ou moins complète des arrière-narines, les mucosités nasales s'écoulent

dans la bouche et peuvent donner à l'haleine la fétidité de l'*ozène*, lié dans d'autres cas à la présence d'ulcérations des fosses nasales.

Le *goût* n'est le plus souvent pas altéré. *L'odorat* et l'*ouïe*, conservés en général, étaient plus ou moins compromis dans quelques-uns des cas publiés.

Accidents concomitants. Complications.

Les *lésions ganglionnaires* n'ont rien de constant ; il y a plus, on peut regarder comme exceptionnelles les grosses adénopathies dont la vue seule éveille la notion de scrofule. Cela n'a rien d'ailleurs qui doive étonner si l'on se souvient de la rareté des engorgements cervicaux dans le lupus de la face. Je n'ai pu découvrir de différence notable au point de vue de l'adénite entre les faits que j'ai rapportés au lupus de la gorge et ceux que j'ai rangés parmi les scrofulides ulcéreuses.

Les renseignements que fournissent les observations ne permettent pas de savoir si l'adénopathie a précédé ou suivi les lésions de la gorge.

Je ne m'arrêterai pas à parler des *otorrhées*, des *conjonctivites* ou *kératites* manifestement strumeuses, des *tumeurs lacrymales*, des *éruptions cutanées* autres que le lupus dont le caractère peut aider beaucoup à la diagnose, et je ne ferai que rappeler quelle attention il faut toujours apporter à l'examen de toute la surface du corps qui, à défaut de lésions actuelles, peut présenter des *cicatrices* irrégulières, légèrement déprimées, souvent couturées de brides saillantes, tout à fait décolorées et sans pigmentation périphérique, bien différentes, en un mot, des stigmates de la syphilis.

La *stomatorrhagie*, bornée à quelques crachats sanguinolents, est un accident sans importance et reconnaît pour

cause le saignement facile des granulations fongueuses du palais. Dans des cas exceptionnels la perte de sang est considérable ; elle peut même être mortelle (observation de M. Landrieux). L'abondance de l'hémorrhagie indique asssez qu'elle reconnaît alors pour cause l'ulcération d'une artère (palatine postérieure dans une observation, carotide externe dans une autre).

L'*érysipèle*, qui survient si fréquemment dans le cours du lupus cutané, est signalé dans quelques cas de lésions secondaires de la gorge, mais on n'a pas noté l'extension de la phlegmasie cutanée au pharynx et l'on ne sait, par conséquent, pas si l'érysipèle est capable d'exercer sur les muqueuses l'influence bienfaisante qu'il a quelquefois, d'une façon si manifeste, sur le lupus de la peau.

On a signalé des *lésions tuberculeuses des poumons* dans plusieurs observations. Enfin, il serait possible qu'on trouvât l'*urine albumineuse*, comme on le voit chez certains sujets atteints du lupus de la face, en l'absence même de tout désordre fonctionnel capable de faire prévoir cette complication.

Marche.

Je ne reviendrai sur l'évolution des scrofulides graves de la gorge que pour rappeler tout ce qu'elle a de variable d'un cas à l'autre. Les premiers signes du mal sont si peu accusés parfois qu'ils ne peuvent permettre de déterminer l'époque du début ou d'apprécier d'une manière exacte la durée de l'affection. Il faut signaler au malade toute l'importance de troubles peu graves en apparence pour qu'il retrouve dans un passé quelquefois lointain les premiers signes d'une lésion que lui-même croyait récente. Il convient de rechercher toujours s'il n'a pas existé autrefois quelque poussée analogue aux accidents que l'on constate ; c'est en effet la règle ici comme pour le lupus cu-

tané de voir se produire des rechutes successives qui, sans cause connue, viennent troubler la guérison et provoquer des mutilations nouvelles.

Si, d'une manière générale, les scrofulides graves de la gorge ont une marche assez lente, il est fréquent de voir quelqu'une des poussées se faire avec des allures toutes différentes; la destruction, qui se poursuivait d'une façon insidieuse, devient tout d'un coup rapide sans que cependant on ait jamais rapporté aucun exemple de scrofulide primitive de la muqueuse bucco-pharyngienne qui fût comparable à ces cas de *lupus vorax*, qui, en un mois ou six semaines, dévorent le nez et les lèvres, perforent le palais, envahissent les paupières et la langue.

Même dans les formes terribles dont la malignité fait penser au cancroïde, et que l'on pourrait appeler galopantes si elles ne subissaient des temps d'arrêt, l'évolution est capricieuse et désordonnée en quelque sorte, et de même qu'il est impossible de reconnaître en général la cause qui, temporairement, a précipité les accidents; ainsi se produisent brusquement et après qu'on a essayé sans succès les moyens thérapeutiques les plus rationnels, des périodes d'amendement et une cicatrisation parfois très-rapide. Il faut se garder en pareille circonstance d'attribuer au traitement une trop grande valeur et de lui accorder une signification trop absolue au point de vue de la nature supposée de l'affection.

Étiologie. — Les scrofulides graves de la gorge sont des affections de la jeunesse; exceptionnelles dans la première enfance, elles sont aussi très-rares après trente ans. Elles paraissent être plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Quant aux autres conditions qui semblent favoriser la localisation des manifestations strumeuses à la gorge, elles nous échappent complétement.

DIAGNOSTIC.

Il est tout à fait exceptionnel qu'une scrofulide grave primitive de la gorge se présente avec un ensemble de caractères tels que le diagnostic puisse être porté sans hésitation. Dans la plupart des cas, l'affection offre une telle ressemblance avec les angines syphilitiques que l'examen seul de la région est tout à fait insuffisant pour conduire à une diagnose précise. On ne peut se prononcer avec quelque certitude que si l'on a des renseignements précis sur les antécédents du malade et si l'on suit l'évolution du mal. Il faut faire les plus grandes réserves lorsqu'on est en présence de cicatrices et non plus d'une affection en voie de développement. C'est assez dire qu'à moins de descriptions très-précises qui font défaut dans un grand nombre d'observations, il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de contrôler la diagnose des faits publiés.

Les signes qui peuvent conduire à une interprétation exacte de l'affection sont de deux ordres, les uns sont tirés de l'état général du malade et des commémoratifs, les autres de l'examen direct des lésions locales.

C'est seulement dans des cas bien rares que la nature d'une angine grave se juge ou se démontre après coup par l'apparition d'un lupus du nez (par propagation d'un lupus de la pituitaire le plus souvent). Lorsqu'il n'existe pas de lésion cutanée, il faut étudier avec un soin extrême les caractères de la perte de substance si l'on veut saisir les différences qui, au point de vue des signes purement objectifs, distinguent l'affection strumeuse de la syphilitique et permettent d'acquérir une première donnée que devra compléter ou rectifier l'étude des antécédents et de la marche de la lésion actuelle.

Ce n'est pas évidemment entre le lupus du voile palatin

et une gomme ulcérée de la même région que l'hésitation serait longue, aussi bien est-il sans intérêt de montrer les contrastes qui distinguent des types aussi opposés ; mais aux diverses formes de scrofulides graves primitives de la gorge correspondent des lésions analogues d'origine vénérienne, et l'on ne peut reconnaître entre les unes et les autres que des différences minimes au point de vue du siége de l'affection et de ses caractères extérieurs.

Les auteurs qui ont étudié la question des angines scrofuleuses sont loin d'être d'accord sur la valeur diagnostique qu'il faut accorder à la localisation des lésions ; il me semble cependant qu'on peut à cet égard considérer comme démontrées les propositions suivantes :

Le voile du palais est le point où s'observe presque exclusivement le lupus primitif de la gorge ; les piliers, les amygdales et le fond du pharynx ne sont en général envahis que secondairement.

Les ulcères scrofuleux siégent très-fréquemment, mais moins exclusivement que le lupus proprement dit, sur le voile ; ils occupent soit le bord libre, où ils peuvent intéresser la luette, sous forme d'échancrure ; soit sous forme d'ulcère perforant, le voile même ou la voûte (siége habituel des lésions chez les sujets qui présentent le type attribué à la syphilis héréditaire) ; or, chacun de ces points peut être le siége des syphilides graves ; la seule notion utile, c'est que les ulcérations primitives de l'amygdale ou celles des piliers qui intéressent les tonsilles sont le plus souvent syphilitiques.

La présence d'une perte de substance au fond du pharynx n'a par elle-même aucune valeur diagnostique ; je crois cependant les affections scrofuleuses rares en ce point.

L'épiglotte est atteinte plus souvent par la syphilis que par la scrofule ; mais comme cette dernière étend jusque-là

ses ravages, une pareille lésion ne suffit pas pour imposer l'idée de vérole.

Des altérations graves de la langue ou du larynx sont des arguments puissants en faveur de la syphilis.

Caractères objectifs des lésions. — Les deux formes principales qu'affectent les scrofulides graves de la gorge ne sont pas également caractéristiques.

Le lupus avec la tuméfaction et l'état mamelonné des piliers qui se portent vers le fond du pharynx, où ils tendent à contracter des adhérences, avec sa progression régulière à partir du bord libre du voile ou des piliers, avec son mode de destruction spécial sans véritables ulcérations; constitue un genre d'affection qu'on rencontre rarement dans la vérole. Il n'y a cependant là rien d'absolu.

Chez des sujets manifestement syphilitiques, l'isthme du gosier présente parfois des lésions tout à fait comparables au lupus guttural. L'affection à marche lente présente chez eux, comme dans les angines strumeuses, des rechutes successives; les piliers et le bord libre du voile tuméfiés et mamelonnés se détruisent progressivement sans grandes ulcérations. Cependant, chez ces malades même, on observe en général des pertes de substance plus nettes, couvertes d'un enduit puriforme; la muqueuse est moins livide; enfin, ces manifestations appartiennent presque toujours à des véroles graves dont les accidents se répètent pendant des années et n'épargnent que bien rarement la peau.

Le lupus de la gorge peut aussi donner lieu à une hypertrophie diffuse avec tuméfaction mamelonnée de la muqueuse de l'arrière-bouche, mais autant que la rareté des faits permet de conclure, cette hypertrophie s'accompagne rapidement de destruction progressive, laquelle procède par petites ulcérations interposées à de gros bourgeons qui sont eux-mêmes rongés plus ou moins vite. On peut d'une

manière générale considérer cette forme comme étrangère à la syphilis, et cependant on est forcé d'admettre, comme affection isolée et primitive de la gorge, l'existence de syphilides végétantes hypertrophiques ou bourgeonnantes qui se distinguent surtout des scrofulides analogues par une extension à de plus grandes surfaces avec moins de tendance à la destruction ; la teinte des parties malades est ordinairement plus sombre que dans les lésions strumeuses ; les saillies bourgeonnantes sont plus distinctes, l'érosion progressive à partir du bord libre tarde plus à se faire ; enfin ces manifestations de la syphilis grave (syphilis d'origine exotique par exemple) ne sont presque jamais isolées ; ou bien elles succèdent à une série d'autres accidents divers, ou bien elles sont accompagnées d'une éruption faciale dont elles semblent n'être que la propagation.

Entre les formes franchement ulcéreuses la similitude est presque complète, que les lésions soient strumeuses ou vénériennes (je ne parle que des syphilides ulcéreuses dans lesquelles l'ulcération est le fait clinique principal, et non des gommes en voie d'élimination).

Dans les syphilides ulcéreuses, le contour des pertes de substance a généralement quelque chose de franc, c'est une forme définie, semi-circulaire dans un grand nombre de cas ; l'ulcère scrofuleux est moins bien arrêté dans sa forme. Dans le premier cas, la règle est que les bords soient nettement taillés, comme à l'emporte-pièce ; dans le second, ils vont souvent en s'amincissant, et sont quelquefois un peu décollés. La portion de muqueuse qui circonscrit l'ulcération est, dans la vérole, tuméfiée modérément (je ne parle pas des gommes), mais d'une manière égale. Bien que la même chose se puisse voir dans la scrofule, on rencontre plus fréquemment un gonflement inégal avec des bosselures irrégulières. Cette zone périphérique a,

chez le syphilitique, une teinte animée, franchement inflammatoire avec un aspect luisant ou parfois une rougeur sombre ; chez les strumeux, les surfaces sont à peine modifiées dans leur coloration et restent assez pâles, ou bien, ce qui est ordinaire aussi, elles ont quelque chose de livide, une teinte violacée, un peu mate.

Le fond même de l'ulcération ne présente pas non plus de différences bien notables ; plus souvent peut-être, dans la vérole, il est égal et recouvert d'une mince couche de pus adhérent, un peu pulpeux, d'un blanc jaunâtre ; puis, à mesure que la guérison avance, on voit des bourgeons, d'un rose franc, poindre au milieu de l'enduit purulent et donner de plus en plus à la perte de substance l'aspect d'une plaie en réparation. Plus souvent chez le strumeux, le fond de l'ulcère est fongueux ; « dans la scrofulide maligne, dit M. Bazin, vous trouverez généralement une « plus grande quantité d'éléments primitifs sur les bords « de l'ulcère, que dans la syphilide ulcéreuse, plus de gra- « nulations et de fongosités à la surface des parties ul- « cérées. »

L'ulcère strumeux revêt une autre apparence (ulcère atonique) ; son fond est alors comme lardacé, égal, jaunâtre ; on en a comparé l'aspect à celui du tissu graisseux souscutané, ou à celui du mastic. Cette forme est assez spéciale et doit toujours faire penser à la scrofule.

Je ne mettrai pas en parallèle les scrofulides ulcéreuses de la gorge et les gommes syphilitiques ; ces dernières ont en effet des allures tellement spéciales que l'erreur est en général assez facile à éviter. Le caractère le plus important qui appartienne en propre à la gomme est une tuméfaction limitée, d'aspect inflammatoire, rouge, lisse et luisante ; le voile, proéminent dans une de ses parties, est dur, résistant et rigide. Plus tard, la rupture du foyer détermine la production rapide, on pourrait presque dire instantanée,

d'une perforation, ou du moins d'une entamure, d'une échancrure profonde dont le fond bourbillonneux laisse voir l'eschare gommeuse.

Les ulcérations syphilitiques du fond du pharynx sont presque toujours consécutives à l'élimination des gommes ; leur forme circulaire, la zone inflammatoire qui les entoure, leurs bords nettement taillés, leur fond pulpeux, jaune, sont presque caractéristiques pendant un certain temps ; même à la période de réparation quelques-uns de ces signes sont encore reconnaissables. D'une manière générale, en présence d'une ulcération de la paroi postérieure du pharynx, il faut, plus encore que lorsqu'il s'agit du voile du palais, hésiter avant d'affirmer le diagnostic de scrofulide ulcéreuse.

Les *phénomènes fonctionnels* ont peu de valeur ; les ulcérations syphilitiques ne s'accompagnent pas de beaucoup plus de douleur que les scrofulides destructives ; les unes comme les autres peuvent passer inaperçues pour le malade. Cependant, le début par une ou plusieurs poussées d'angine aiguë fébrile semble plutôt appartenir à la strume.

L'*évolution* plus ou moins rapide s'observe dans les deux cas ; néanmoins une durée très-longue des accidents doit bien plutôt faire croire à une lésion scrofuleuse qu'à une syphilide. Un lupus de la face qui dure depuis dix ans est un vrai lupus strumeux ; une tuméfaction mamelonnée de la muqueuse du voile du palais et de l'isthme avec destruction progressive pendant des années est très-probablement une scrofulide.

L'apparition de poussées nouvelles, de rechutes successives avec des altérations persistantes, stationnaires dans l'intervalle, est le plus souvent un signe d'affection strumeuse. La syphilis grave, à la vérité, peut avoir des allures analogues, mais alors il existe presque toujours simultanément des syphilides ulcéreuses de la peau qui ont

suceédé de près à l'accident primitif et qui se reproduisent très-fréquemment.

On a aceordé une grande valeur aux *résultats du traitement spécifique;* et, dans les cas où M. Rieord hésitait entre la serofule possible et la syphilis probable, l'éminent chirurgien du Midi faisait du traitement par l'iodure de potassium, une véritable pierre de touche. C'est là une règle très-sage, mais qui peut incontestablement eonduire à l'erreur. Il ne serait pas plus prudent de rejeter la syphilis par ee seul fait qu'une lésion aurait progressé malgré un traitement spécifique bien conduit que de l'admettre paree que la médication iodurée aurait rapidement guéri ou semblé guérir une angine grave de nature douteuse.

Cette question a été discutée à la Soeiété des hôpitaux, et la plupart ont conelu à l'incertitude des indications fournies dans quelques cas par le traitement. On rencontre en effet des syphilis graves ou malignes qui vont s'aggravant en dépit de tout traitement; il semble que le sirop de Gibert aecélère leur marche destruetive, et les toniques seuls, l'huile de morue même, sont les seuls remèdes dont on puisse attendre un effet favorable.

Il y a d'autre part des serofulides qui se modifient par la médieation iodurée; Lugol était enthousiaste de l'iode comme antistrumeux, Baudeloeque donnait l'iodure avec sueeès aux scrofuleux, M. Lailler fait remarquer que cette thérapeutique réussit surtout si le malade a longtemps pris de l'huile de foie de morue, circonstance importante à connaître pour ne pas se laisser entraîner à admettre la syphilis ehez un malade, qui, après avoir inutilement pris de l'huile de poisson, se trouve très-rapidement amélioré par l'usage de l'iodure de potassium. Il faut bien savoir que la tendance normale de eertaines syphilides et des gommes en particulier (en dehors de la vérole maligne ou très-grave) est de subir, à une certaine période, une amé-

lioration progressive quelquefois assez rapide, et enfin de guérir spontanément; il ne faudrait donc pas repousser l'idée d'une affection spécifique à cause d'une guérison prompte sans l'emploi du traitement mixte ou sous l'influence d'une médication purement antistrumeuse. D'une manière générale, la rapidité de la guérison appartient à la syphilis, la résistance prolongée à toute thérapeutique se rencontre plus fréquemment dans la scrofule; cependant bien des véroles graves ne laissent aucune prise au traitement, et certains cas de scrofule cèdent merveilleusement et très-vite lorsque, à la médication interne, se joint un traitement topique bien dirigé.

Accidents concomitants.—Est-il besoin de dire qu'on doit toujours tenir le plus grand compte des divers accidents que le malade peut présenter en même temps que les lésions de la gorge? Dois-je répéter qu'il faut examiner la surface entière du corps, y étudier avec soin toute éruption actuelle ou toute cicatrice pouvant aider à la diagnose?

La tuméfaction des ganglions n'a pas par elle-même une valeur considérable; mais elle prend parfois des caractères qui ne peuvent guère laisser de doutes sur la nature de la maladie constitutionnelle à laquelle il convient de rapporter l'angine. Dans quelques cas, la scrofule se reconnaîtra à ses adénopathies caséeuses, aux écrouelles et aux cicatrices coutürées qui en sont la conséquence. A la suite de l'élimination d'une gomme du palais, une adénite de nature spéciale, une véritable *adéno-lymphangite gommeuse* aura une valeur diagnostique très-grande; elle sera caractérisée par des groupes de ganglions durs assez volumineux, reliés entre eux par des cordons épais de consistance presque ligneuse.

L'examen des organes génitaux ne devra jamais être négligé.

La *fistule lacrymale* est une manifestation strumeuse, mais on observe parfois, dans la même région, des tumeurs syphilitiques qui se distinguent par une apparence phlegmoneuse et une dureté presque osseuse; ce sont des périostoses de l'unguis.

Les *opacités cornéennes* doivent être regardées comme presque certainement scrofuleuses, car, avec M. Roger, et avec la plupart des ophthalmologistes français, je suis peu porté à regarder la *kératite interstitielle* comme une manifestation de la vérole héréditaire. Des traces d'ancienne *iritis* feraient au contraire penser à la syphilis.

L'*ozène* appartient presque exclusivement à la scrofule ; tout au plus, chez un très-jeune sujet, pourrait-on supposer que la syphilis congénitale devînt une cause de nécrose des os du nez avec suppuration fétide. On sait que certains auteurs rapportent à cette cause, l'affaissement du dos du nez qui est la conséquence de l'élimination des séquestres des os nasaux (*square nose*).

L'*altération des dents*, décrite par Hutchinson, ne semble pas avoir la valeur qui lui est accordée en Angleterre ; Bœrensprung et M. Roger, qui ont fait de la syphilis des jeunes enfants une étude si complète, ne regardent pas cette lésion comme spécifique ; elle semble en effet appartenir autant à la scrofule qu'à la syphilis congénitale. Il serait bon cependant de rechercher si les scrofuleux qui présentent l'altération des dents décrite par Hutchinson ne se distinguent pas des autres par quelques traits spéciaux, si la coexistence des kératites interstitielles, les lésions des os du nez ou de la voûte palatine ne leur donnent pas une physionomie spéciale qui permette de les réunir dans un groupe distinct, sinon d'admettre les opinions d'Hutchinson. Je regrette de ne pouvoir apporter dès maintenant, ni arguments, ni faits convaincants pour la solution de ce difficile et intéressant problème de la vérole.

congénitale à longue portée, dont l'interprétation reste jusqu'ici une question de tendance, si je puis ainsi parler, bien plus qu'une affaire de rigoureuse démonstration. L'impossibilité presque absolue où l'on est, dans les hôpitaux, de retrouver les antécédents héréditaires; l'incertitude qui règne si fréquemment sur les premières années des malades, font qu'on ne peut nier ni affirmer le plus souvent la syphilis des parents, et qu'en présence d'accidents dont les apparences semblent trahir la vérole, on ne peut tout à fait exclure la syphilis acquise dont M. Roger a si bien montré les causes multiples et les manifestations souvent peu graves dans la première et la seconde enfance.

L'existence de *lésions tuberculeuses des poumons* peut être invoquée en faveur de la nature strumeuse des accidents pharyngés; il faut cependant se rappeler que la phthisie s'observe assez fréquemment à une période avancée de la syphilis grave et que, d'autre part, la tuberculose est une des conditions qui tendent le plus à modifier le caractère des syphilides et à en rendre la curation difficile.

L'*albuminurie* peut se rencontrer dans la scrofule et dans la syphilis; mais, tandis que chez les strumeux, elle est susceptible de se montrer à toute période de la maladie et coïncide parfois, dans le cas de lupus, avec toutes les apparences de la santé, dans la syphilis, elle se produit presque exclusivement à la période cachectique.

Les *antécédents personnels* des malades ont une grande valeur; dans beaucoup d'observations il est fait mention de manifestations strumeuses (gourmes prolongées, engorgement ganglionnaire avec ou sans suppuration, ophthalmies de longue durée, coryza et otites chroniques, etc.).

Quant aux *antécédents héréditaires,* ils n'ont qu'une valeur restreinte, surtout pour les malades de l'hôpital.

On peut voir la strume régner autour des sujets atteints de scrofulides graves de la gorge, les frères ou sœurs ont des écrouelles, des lésions osseuses ou articulaires chroniques, mais cela est loin d'être constant. Il ne faudrait pas d'autre part avec trop de confiance se fonder sur l'absence d'accidents spécifiques chez un nouveau-né pour écarter, chez la mère, toute idée de syphitis en présence d'une angine de nature incertaine. Bœrensprung a démontré en effet, par une série d'observations, que la règle est de voir les enfants rester sains quand la mère est arrivée à la période tertiaire, alors même que, durant la grossesse, celle-ci présenterait des accidents en pleine évolution.

On le voit, pour arriver à reconnaître la nature scrofuleuse ou syphilitique d'une angine ulcéreuse, il faut non-seulement examiner avec soin les caractères extérieurs de l'affection, son siége et sa forme, mais tenir compte de tous les renseignements fournis par l'état de santé actuelle et l'histoire antérieure du malade, par la marche spontanée du mal avant toute intervention thérapeutique et par ses modifications sous l'influence du traitement.

Malgré les recherches les mieux conduites, on peut rester dans le doute, et quelques-uns de ces cas suscitent des diagnostics très-divers de la part de maîtres également versés dans l'étude de la dermatologie.

Il est si difficile d'affirmer, soit la vérole, soit la scrofule, qu'on est parfois disposé à se tirer d'affaire, en quelque sorte, en admettant le cumul. La seule chose qui me paraisse incontestable, c'est que la syphilis des scrofuleux et mieux encore des tuberculeux peut revêtir un caractère spécial de gravité et que les lésions pharyngées peuvent alors se modifier beaucoup et rappeler, par leur résistance à tout traitement, par quelques-uns même de leurs caractères extérieurs, les formes les plus graves du lupus. Comme d'ailleurs on observe des syphilides malignes tout

à fait comparables à ces dernières et dans lesquelles une autre condition que la scrofule ou la tuberculose (âge avancé du sujet, chancre extra-génital, syphilis exotique) est intervenue, je pense qu'il faut être très-réservé dans l'adoption des formes mixtes et qu'on doit regarder ces cas graves comme des syphilis modifiées, mais non comme des hybrides, comme des scrofulo-syphilis. On pourrait, à la rigueur, supposer aussi que les manifestations répétées de la syphilis sur une muqueuse y préparent le terrain pour l'apparition du lupus, comme un vieil ulcère, ou comme un vieux lupus même prépare quelquefois le développement de l'épithéliome.

On ne saurait cependant nier les cas complexes dans lesquels les deux ordres de lésions coexistent rapprochées sans être confondues, mais ces faits laissent toujours quelques doutes.

Dans quelques cas rares, la rétention des produits de sécrétion folliculaire dans les lacunes amygdaliennes, au lieu de provoquer une véritable angine phlegmoneuse, détermine la formation d'une ulcération à fond pulpeux; supposez cette perte de substance, irritée par des cautérisations, chez un sujet peu vigoureux, à qui l'on ferait prendre du mercure et qui continuerait à fumer; elle va persister et s'agrandir, constituer une véritable angine ulcéreuse.

Un diagnostic plus intéressant est celui des *ulcérations tuberculeuses de la gorge* qui ont été bien décrites par M. Julliard et dont les exemples se sont récemment multipliés. Ce n'est en général qu'à une période avancée de la phthisie pulmonaire qu'on observe ce genre de lésions, auxquelles Bayle accordait une signification pronostique grave. Elles se distinguent surtout des scrofulides ulcéreuses par la multiplicité des ulcérations et en même temps leur peu de profondeur, par les sensations très-

douloureuses auxquelles elles donnent lieu, par les troubles de la phonation ou l'aphonie dont elles s'accompagnent fréquemment. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les planches qui sont jointes à la thèse de M. Julliard pour reconnaître combien ces pertes de substance multiples, superficielles, disséminées sur le voile, les piliers, la base de la langue, diffèrent des lésions que la scrofule peut faire naître dans les mêmes régions.

La forme et la multiplicité des lésions ne permettraient guère de confondre avec l'angine scrofuleuse grave l'affection décrite par M. Isambert, sous le nom de granulations grises disséminées de la gorge. Toutefois, un examen superficiel pourrait induire en erreur, dans le cas où les progrès d'une scrofulide pharyngée seraient marqués par une éruption de pustules miliaires ; mais celles-ci, par leur évolution très-rapide, se distinguent en général des granulations qui se montrent au pourtour ou au voisinage des ulcères tuberculeux.

C'est la présence de ces mêmes éléments, autour de la perte de substance, qui constituerait le meilleur caractère différentiel dans le cas d'ulcération tuberculeuse unique et profonde, condition rare, mais bien capable de rendre la diagnose plus difficile.

Le lupus hypertrophique pourrait présenter peut-être quelque ressemblance avec l'angine lépreuse, mais la difformité caractéristique de la face ne permet pas d'hésitation sur le diagnostic.

L'*épitheliome* du pharynx pourrait être confondu avec la forme cancroïdale du lupus, si cette forme particulièrement grave se développait primitivement dans l'arrière-bouche. Je ne sais si, en pareil cas, à moins d'avoir bien suivi le malade, il serait possible de porter une diagnose exacte qui aurait cependant de l'importance au point de vue du pronostic. En dehors de cette circonstance excep-

tionnelle, il y a quelques signes qui en général permettront d'éviter l'erreur. L'étendue des surfaces envahies, la lente évolution du mal avec des rechutes, le peu d'intensité des phénomènes douloureux ; la dissémination des ulcérations et leur petitesse, l'adhérence de la luette au fond du pharynx sont de nature à faire admettre un lupus plutôt qu'un cancroïde. Dans l'épithéliome, les végétations seraient plus inégales, plus dures, et quelquefois plus fragiles, plus pâles ; on trouverait une grande ulcération principale à bords renversés, à fond ichoreux ; la salivation serait plus abondante et fétide, à une période où le mal aurait envahi le voile et les piliers. Je ne parle pas de la transformation *in situ* du lupus en cancroïde qui n'a pas été observée à la gorge.

Il me reste à dire quelques mots des *cicatrices radiées* du fond de la gorge et des *adhérences du voile* à la paroi postérieure, auxquelles, en Allemagne, on a accordé une valeur séméiologique considérable ; le plus grand nombre des anatomopathologistes les considèrent comme des signes de syphilis. Dittrich et Frerichs en font un élément de conviction lorsqu'ils veulent établir le caractère spécifique des cicatrices déprimées et des nodosités du foie, dans un certain nombre de cas qu'ils considèrent comme des exemples de syphilis héréditaire à manifestations tardives. Virchow arrive à une conclusion semblable : « Eu égard aux cicatrices caractéristiques du pharynx, dit-il, je regarde comme inadmissible de songer à une autre origine, et je continue à regarder ces cas comme syphilitiques jusqu'à ce qu'il soit dûment démontré qu'ils peuvent exister en dehors de la syphilis. »

La vérité est, j'en ai la conviction, que les cicatrices de l'arrière-gorge n'ont rien de spécifique (quelques médecins même seraient disposés à les attribuer plutôt à la scro-

fule qu'à la syphilis) ; elles se rencontrent dans l'une et dans l'autre maladie constitutionnelle ; il est impossible d'après leurs seuls caractères extérieurs de déterminer la nature de l'affection à laquelle elles ont succédé.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA SYPHILIS ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par MM. les docteurs L. BELHOMME et Aimé MARTIN, 2e édition entièrement refondue, in-18, Paris. A. Masson, 1875.

Cet ouvrage, dont nous signalons une deuxième édition, a fait ses preuves. Il suffit de rappeler ici la méthode adoptée par les auteurs, pour témoigner de sa valeur particulièrement pratique, en même temps que du soin apporté par MM. Belhomme et Aimé Martin, à le tenir au courant des progrès les plus récents accomplis en syphiliographie.

Sous forme d'introduction, un exposé historique et critique de toutes les théories émises jusqu'à nos jours, sur la pluralité ou l'unicité des maladies syphilitiques et vénériennes, reproduit la substance des documents relatifs à des questions naguère encore fort controversées, et qui n'ont perdu ni de leur intérêt ni de leur importance, relativement aux appréciations médicales. C'est la probabilité de l'origine américaine de la syphilis que MM. Belhomme et Aimé Martin reconnaissent, c'est à la doctrine de la dualité qu'ils continuent à se rallier après avoir été, comme ils ont droit de s'en féliciter, les premiers à soutenir des idées désormais acquises. On ne saurait trop recommander l'impartialité avec laquelle les preuves expérimentales

et contradictoires ressortent dans cette étude aussi complète que possible en quelques pages.

La pathologie générale de la syphilis devait nécessairement contribuer à l'entrée en matière, eu égard aux rapports que sa marche, ses périodes, la contagion, établissent entre cette maladie virulente et ses similaires dans le cadre nosologique. Un parallèle circonstancié du virus syphilitique avec ceux de la morve, de la clavelée, de la vaccine, inoculés à l'individu sain, fournit au cours de ce chapitre des déductions rationnelles que sanctionne l'observation clinique. Nous en dirons autant de la contagiosité des divers accidents appréciés avec une scrupuleuse attention. Enfin, des notes bibliographiques, méthodiquement disposées, permettent à qui le désire de recourir aux sources principales dans le passé et dans le présent, à propos des questions précédemment mises en discussion.

A la suite de ces considérations, le Traité se divise en trois parties, dont chacune embrasse une catégorie spéciale de maladies. On passe en revue dans la première les diverses manifestations de la syphilis, à commencer par l'accident primitif, le chancre infectant, pour étudier ensuite et successivement les différents autres symptômes, selon l'ordre des tissus et des régions dans lesquels ils apparaissent. Ainsi en est-il des syphilides, envisagées dans ce qu'elles présentent de général et de particulier, et dans tous les éclaircissements dont l'enseignement de ces dernières années, notamment de la part de l'École de l'hôpital Saint-Louis, a enrichi leur étude étiologique et thérapeutique. Les lésions des membranes muqueuses occupent une place à part, quoique tributaires en grande partie des affections syphilitiques de la peau, mais eu égard au rôle important qu'elles remplissent dans les doctrines syphiliographiques et dont l'un des auteurs, M. Aimé Martin, a précisé l'un des modes les plus remarquables et

les moins connus dans la monographie, publiée par lui en 1862, sur la diphthérite syphilitique secondaire. Lésions du tube digestif ; lésions du tissu cellulaire, et parmi elles des tumeurs gommeuses principalement ; lésions des parties, soit superficielles, soit profondes, de l'œil ; lésions des organes génito-urinaires, des organes splanchniques, des organes respiratoires, de l'appareil de la circulation ; lésions des muscles et des tendons, du périoste et des os ; affections syphilitiques du système nerveux ; cachexie ; autant de sujets de chapitres d'une portée très-effective. Personne ne reprochera à MM. Belhomme et A. Martin d'avoir préféré cette manière d'analyser les lésions syphilitiques, d'après un ordre anotomo-pathologique, à la division sacramentelle de la vérole en trois classes distinctes. Leur méthode a l'avantage évident d'épargner au médecin l'embarras qu'il éprouve trop souvent à faire rentrer certains accidents dans les cadres de la syphilis, tels qu'ils sont tracés et admis au point de vue didactique.

Le traitement réclamant des développements que comportent non-seulement la matière médicale des agents appropriés à la thérapeutique de la syphilis, mais encore la critique des tentatives faites à diverses époques pour remplacer le mercure ou même pour substituer d'autres méthodes à son emploi. Ces différents points sont examinés avec une véritable indépendance d'opinion qui n'exclut nullement la justice envers les doctrines contraires et dont il faut savoir gré aux auteurs du Traité.

Ils ont également consacré à la *syphilis infantile*, autrement dit à la syphilis héréditaire et à la syphilis acquise des enfants, un article étendu et substantiel, appuyé sur les recherches de tous les auteurs qui ont élucidé les questions afférentes à cette forme de syphilis si digne d'intérêt et qui touche à des problèmes fort complexes de transmission, d'hygiène, de médecine légale, etc. Les règles gé-

nérales du traitement de la syphilis héréditaire en complètent l'exposition pratique.

Dans la deuxième et la troisième parties de l'ouvrage, sous le titre de Maladies vénériennes, sont comprises d'abord l'étude du *chancre simple* (chancre mou, chancroïde, chancrelle), que MM. Belhomme et Aimé Martin séparent nettement de la syphilis, auquel ils rattachent des complications diverses (phagédénisme, bubon) ; puis celle de la blennorrhagie dans les deux sexes, avec les différentes affections qui peuvent les compliquer. Aux végétations est consacré un chapitre spécial, que les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* ont eu l'honneur d'introduire en grande partie dans la science antérieurement (Étude sur les végétations produits épigéniques des muqueuses, par A. Martin, 1873).

La prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, dans ses applications à l'hygiène générale et à la préservation individuelle, fait l'objet de considérations d'une utilité incontestablement pratique, et rien n'a été négligé dans l'appréciation des systèmes ou des moyens proposés, au cours de ces dernières années, en vue de limiter la propagation des maladies syphilitiques et vénériennes.

Un formulaire très-détaillé des médications internes et externes propres aux affections dont il s'agit, à destination de guide ou d'aide-mémoire, démontre en dernière analyse combien MM. Belhomme et Aimé Martin ont eu à cœur de prémunir les praticiens contre les difficultés inhérentes à cette branche de la médecine. Nous ajouterons que les remaniements opérés dans leur nouvelle publication lui assurent un succès aussi mérité que celui qui a accueili sa devancière.

E. LE BRET.

REVUE DES JOURNAUX

DEUX CAS D'URÉTRODYNIE BLENNORRHAGIQUE TRAITÉS AVEC L'INJECTION HYPODERMIQUE DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE, par le Dr P. GAMBERINI.

L'auteur cite deux cas. Dans le premier, il s'agissait d'une adénite gauche, d'ulcères mous, et d'une blennorrhagie urétrale.

Trois jours après le début de l'urétrite survient des envies d'uriner très-fréquentes, avec de vives douleurs qui s'étendaient du méat urinaire le long de l'urètre et gagnaient le périnée, la région anale et la région lombaire,

On employa divers moyens pour alléger la souffrance; tous échouèrent.

On fit alors deux injections hypodermiques, une au périnée, l'autre sur les côtés de l'urètre, avec une solution de chlorhydrate de morphine (5 centigrammes pour 2 grammes d'eau). Le malade dormit tranquillement; mais le lendemain les symptômes douloureux se montrèrent de nouveau. Dans la soirée de ce jour et le lendemain soir, on refit les injections, et le ténesme vésical ainsi que le besoin fréquent d'uriner cessèrent complétement. Pendant les vingt-cinq jours qui ont suivi jusqu'à la publication du fait, le malade n'a uriné que trois ou quatre fois dans les 24 heures et sans être incommodé.

Dans le second cas, il est question d'une blennorrhagie

urétrhale datant d'un mois. Trois ou quatre jours après la disparition de l'écoulement, le malade commença à souffrir d'érections nocturnes assez douloureuses. On employa le chloral comme d'ailleurs dans le cas précédent, mais il n'amena qu'un léger soulagement. Le quatrième soir on fit deux injections hypodermiques avec une solution de chlorhydrate de morphine, il reposa très-bien et il en fut de même le second. Depuis, les injections ayant été suspendues, les érections ont reparu mais incomplètes et beaucoup moins douloureuses. (*Giornale ital. delle malattie venerie a della pelle*, fevr., fasc. 1, 1875).

Dr Baréty.

NOTES SUR L'USAGE EXTERNE DE LA POUDRE DE GOA DANS CERTAINES MALADIES DE LA PEAU, par le Dr Henry Blanc.

L'herpès circiné, *ringworm* des Anglais, a toujours été traité avec succès, au moyen de la poudre de Goa, par le Dr Henry Blanc.

Le chloasma cède aussi à l'usage de cette poudre.

La poudre de Goa est une substance végétale, mais son origine est encore entourée de mystère; elle se fabrique à Goa, on croit que c'est une espèce de lichen qui est exporté en grande quantité de Mozambique; d'autres pensent que c'est la moelle sèche d'un arbre de l'ordre des Cæsalpina, famille des légumineuses. Quelques grammes suffisent pour guérir un herpès circiné aigu.

L'acide crysophanique paraît constituer la plus grande partie de ce médicament, environ les 4/5, et le professeur Kemp pense que c'est à cet acide que sont dues les propriétés parasiticides de cette poudre. Elle renferme en outre des principes amers. Elle est presque insoluble dans l'eau froide.

Mode d'emploi. — La partie malade est préalablement mouillée avec de l'eau, et, pendant qu'elle est mouillée, on frotte légèrement avec le doigt un peu de la poudre sur l'endroit malade, en ayant soin de l'appliquer partout. On renouvelle cette application matin et soir. Dans les cas aigus, trois ou quatre jours de ce traitement suffisent pour amener la guérison. Chez les personnes dont la peau est délicate, la poudre de Goa produit souvent un peu d'irritation; il suffit alors d'en suspendre l'usage et d'enduire la surface irritée avec un corps gras.

Quand on se sert de la poudre sur la face, il faut éviter qu'elle ne pénètre dans les yeux, où elle provoquerait une conjonctivite assez intense. Aussi est-il préférable dans le cas d'herpès circiné de la face de se servir d'un mélange d'eau-de-vie et de poudre, ce qui produit une irritation moins vive, et enlève tout danger de la pénétration de la poudre dans les yeux.

(*Journal de thérapeutique*, n° 10, 1875).

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE, par le profes. W. LASCHKEWITCH, de l'université de Charkow.

Certains auteurs prétendent que la syphilis héréditaire apparaît toujours pendant les premiers mois ; d'autres soutiennent qu'elle peut ne se montrer que beaucoup plus tard. Marshall Hall, Hoffmann, Trousseau, Sperino, Ricord, Hutchinson, etc., ont publié des observations de syphilis chez des adultes, qui ne présentaient aucune trace d'infection directe. Bien des syphiligraphes contestent ces observations, auxquelles ils reprochent avec raison de ne pas faire mention de la santé des parents. M. Laschkewitch

fait part de deux nouvelles observations qui, d'après lui, seraient incontestablement de la syphilis tardive.

I. Marie Pogibenkowa, 22 ans, est admise à la clinique le 7 décembre 1871. Constitution délabrée, état de marasme, arrêt de développement général ; la malade paraît avoir 13 ans ; peau et muqueuses très-pâles, tissu cellulaire atrophié ; squelette très-faible, surtout les côtes et les clavicules ; pas d'exostoses ni de cicatrices ; les ganglions lymphatiques ne sont pas engorgés ; pas de renseignements sur la santé des parents, si ce n'est que le père a eu des ulcères aux bras et aux jambes.

Le thorax est très-étroit et les veines superficielles sont très-apparentes ; matité à droite et à gauche sous les clavicules, plus prononcée en arrière ; bruit de pot fêlé à la 3e et la 4e côtes. A l'auscultation faiblesse du murmure respiratoire et râles humides dans toute la poitrine, expectoration muco-purulente ; les bruits du cœur sont normaux ; souffle très-marqué dans les carotides.

La matité du foie commence dans le 5e espace intercostal et dépasse de cinq travers de doigt le rebord des fausses côtes ; en dedans elle se confond avec celle de la rate ; la surface du foie paraît lisse et ferme au palper ; les bords sont arrondis. La matité de la rate commence à la huitième côte et finit à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes ; elle se confond en dedans avec celle du foie ; les deux organes sont douloureux à la pression ; la partie supérieure du ventre paraît très-élargie.

L'urine est légèrement acide ; elle contient beaucoup d'albumine, des traces de pigment biliaire et quelques cellules d'épithélium rénal ; pas de sucre.

Les seins sont à peine sensibles ; il n'y a pas de poils sur le pubis ; les règles n'ont jamais apparu ; l'utérus est rudimentaire.

Il y a de l'œdème autour des malléoles.

Le sang examiné au microscope ne présente rien de spécial, si ce n'est que les globules rouges sont pâles; les globules blancs ne sont pas plus nombreux que chez un homme bien portant.

Diagnostic. Dégénérescence amyloïde de la rate, du foie et des reins, d'origine syphilitique (arrêt de développement de tout l'organisme, surtout des organes génitaux) et bronchite. La matité sous-claviculaire est due à d'anciennes adhérences pleurales ; le bruit de pot fêlé tient à la minceur et à l'élasticité des côtes.

Vin, ferrugineux, poudre de Dower et, de temps en temps, un grand bain ; l'état général s'améliore sous l'influence de ce régime et la malade sort au bout de trois semaines de traitement, mais rentre un mois après. A ce moment le foie a diminué, surtout le lobe gauche ; il y a maintenant trois travers de doigt entre la rate et lui ; au lobe droit on sent deux tumeurs de la grosseur d'un œuf ; l'une d'elles est fluctuante ; il y a de l'ascite et de l'anasarque.

L'urine contient des cylindres hyalins et des cylindres atteints de dégénérescence graisseuse ; l'albumine a augmenté ; il y a donc dégénérescence amyloïde des reins avec néphrite parenchymateuse.

Il y a de la fièvre le soir (39°) ; bientôt surviennent des accès d'asthme prolongés (compression des nerfs par les ganglions thoraciques), puis des signes de pleurésie. Diarrhée persistante ; mort au bout de trois mois.

Autopsie. Pie-mère anémique, un peu œdémateuse ; un peu de sérosité trouble dans les ventricules ; plexus choroïdes et cerveau anémiques et œdématiés; rien dans le cervelet.

Les deux poumons sont adhérents ; la cavité pleurale droite contient un exsudat foncé ; la surface pleurale est

rugueuse et rouge ; le parenchyme pulmonaire est perméable et légèrement œdématié ; surtout aux lobes inférieurs ; la muqueuse bronchique est gonflée et recouverte d'une couche de mucus filant. Le cœur est petit, entouré de graisse ; ses parois sont amincies ; rien dans les valvules, ni les gros vaisseaux.

La cavité abdominale contient beaucoup de sérosité ; le foie est petit ; la capsule est recouverte de fausses membranes et adhérente au diaphragme ; le lobe droit est divisé par du tissu cicatriciel en deux lobes qui eux-mêmes se divisent en lobules ; chacun de ces lobules paraît constitué de parenchyme hépatique à sa périphérie ; le centre est pâle jaune et dur. Le lobe gauche est très-atrophié et également divisé par du tissu cicatriciel.

La rate est hypertrophiée, dure et anémique ; traitée par la teinture d'iode, elle donne la réaction amyloïde.

Les reins sont gros, la capsule s'enlève facilement ; le parenchyme est dur, jaune ; la coupe donne un aspect cireux et la réaction amyloïde s'obtient facilement.

Les ganglions bronchiques et mésentériques sont hypertrophiés ; les ovaires et l'hymen sont intacts ; utérus rudimentaire ; pas de traces d'ulcères à la peau, ni aux muqueuses.

II. Le second cas est la reproduction exacte du premier ; mais les antécédents héréditaires sont mieux déterminés : la mère est morte depuis plusieurs années de phthisie ; le père, homme bien constitué du reste, a eu, avant son mariage, au genou une affection suppurée, qui s'est terminée par la sortie d'un fragment osseux ; il a encore des douleurs ostéocopes nocturnes aux jambes et à la tête ; il présente au pénis une cicatrice pigmentée qui provient évidemment d'un chancre ; les ganglions cervicaux sont engorgés.

Son fils, âgé de 14 ans, présente les mêmes symptômes

que ceux qui ont été relatés dans l'observation précédente ; arrêt de développement général ; les testicules sont encore dans l'abdomen ; thorax petit, étroit ; submatité à droite et à gauche en avant et en arrière, matité complète à la pointe de l'omoplate gauche ; râles crépitants au même point ; râles bulleux et sibilants dans le reste de la poitrine ; cœur à peu près normal, bruit systolique à la pointe. Le foie dépasse les fausses côtes de la largeur de la main ; à gauche sa matité se confond avec celle de la rate qui est également hypertrophiée. Le lobe gauche du foie présente deux tumeurs un peu fluctuantes et douloureuses à la pression. Urines albumineuses : le malade est emporté par une pleurésie aiguë.

L'autopsie donne des résultats identiques à ceux du cas précédent, plus, des adhérences du foie avec la portion pylorique de l'estomac et la portion droite du côlon transverse. Dégénérescence amyloïde du foie, des reins et de la rate.

Aucun des deux malades n'avait été soumis à un traitement mercuriel.

(*Vierteljahresschrift fur Dermatologie und syphilis* 1874, fasc. 2 et 3.)

Dr Lorber.

DES MALADIES COMMUNES DE LA PEAU CHEZ LES ENFANTS, par le Dr Alfred Wiltshire, M. R. C. P. Lond., etc.

En écrivant ce mémoire, nous avons eu un double but, d'abord de décrire succinctement, et d'une façon nette, espérons-nous, les maladies de la peau qu'on rencontre dans la pratique de tous les jours ; et ensuite d'indiquer le traitement qui nous a toujours semblé le plus efficace. Nous n'avons pas abordé l'étude des maladies de la peau

qui sont moins communes, non pas qu'elles manquent d'intérêt par elles-mêmes, mais parce qu'une description, quelque brève que nous l'eussions pu faire, aurait trop allongé notre communication.

Les affections de la peau que nous avons l'intention de considérer se divisent en deux classes ; en premier lieu, celles qui ont une origine parasitaire, la gale, l'herpès tonsurant ; en second lieu, celles qui sont sous la dépendance de l'inflammation, l'eczéma, l'impetigo, l'érythème et l'intertrigo.

Ces deux grandes divisions sont partout admises aujourd'hui, et, sans avoir besoin d'entrer dans d'autres considérations, leur fréquence doit être un motif assez puissant pour attirer l'attention de tous les praticiens qui ont souci de connaître les affections cutanées.

Considérations générales sur les maladies de la peau d'origine parasitaire.

Nous avons la ferme conviction que les enfants bien portants ont peu d'affections parasitaires de la peau, qu'elles soient d'origine animale ou végétale. Chacun doit avoir présente à l'esprit l'idée qu'il y a un très-grand nombre de parasites, surtout du genre végétal ; et l'observation nous montre que beaucoup de personnes, très-exposées à en prendre, y échappent néanmoins. Quelle est la cause de cette immunité ? Elle réside, selon nous, dans ce fait que les parasites ne trouvent pas chez tout le monde un terrain favorable à leur développement. Un des dermatologistes les plus distingués de notre époque, M. Jonathan Hutchinson, a dit, dans une de ses récentes leçons : « Nous avons de fortes raisons de penser que les cryptogames ne se développeront que sur certaines peaux ; et chacun doit connaître les diverses formes d'irritation que

produisent sur les différents individus les puces et les punaises. » Cette façon d'envisager les maladies de la peau d'origine parasitaire nous a rendu, croyons-nous, un grand service ; car elle nous a conduits à rechercher, comme premier but à atteindre, l'amélioration de l'état général ; le traitement purement local, malgré sa grande et incontestable importance, ne vient pour nous qu'en seconde ligne. Cette méthode nous a valu un grand nombre de succès, et comme elle égale au moins les autres en célérité, elle donne des résultats plus durables ; la tendance à la récidive est aussi bien moins grande. Maintenant donc la présence d'un parasite sur la peau pourra indiquer une santé compromise, et, plus l'on sera sûr que l'animal est là, plus on aura de chances de ne pas se tromper en annonçant que l'état général est mauvais. Le résultat pratique est celui-ci : pour guérir cette classe de maladies de la peau, tous nos efforts devront tendre à améliorer l'état général. Nous croyons qu'on y arrivera : 1° au moyen de meilleures règles hygiéniques, ou, pour prendre le mot hygiène dans son sens le plus large, en modifiant en plus ou en moins le régime diététique du sujet ; 2° par l'emploi de certains médicaments, parmi lesquels l'huile de foie de morue et le vin chalybé occuperont le premier rang. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ces divers points ; il est évident qu'un air plus pur, une nourriture plus abondante, des bains et du repos ont chacun leur importance. Quant aux médicaments, nous en indiquerons l'usage à propos du traitement de chacune des maladies.

Les maladies parasitaires que nous nous proposons d'étudier se présentent sous deux formes : le parasite animal et le parasite végétal. Nous commencerons par la gale, qui rentre dans la première variété.

La *gale*, bien connue aujourd'hui, reconnaît pour cause la présence d'un insecte, l'*Acarus scabiei*, ou sarcopte hu-

main; la femelle, qui se terre dans la peau pour y déposer ses œufs, y excite une inflammation qui amène de la démangeaison et incite à se gratter. Le mâle se terre aussi, mais beaucoup moins. Chez les enfants, les lieux d'élection de cette démangeaison et de la poussée éruptive, ou, pour parler d'une façon plus correcte, les demeures de l'insecte, sujet très-important au point de vue clinique, sont les suivantes : chez les enfants nouveau-nés, c'est la plante des pieds, parce que la peau y est très-mince; à peine si on en voit sur les cuisses, parce que les bébés sont enveloppés dans des langes. Un peu plus tard, les enfants portés sur les bras, mais affranchis des langes, offrent des éruptions, principalement sur les cuisses et les fesses, mais aussi sur les bras. Le phénomène provient du contact qui s'établit entre les bras ou les mains de la nourrice et les régions fessières des petits êtres qu'elles portent à nu. Les enfants, qui marchent seuls et qu'on porte peu, ont leur éruption aux lieux d'élection, c'est-à-dire entre les doigts; mais on la rencontre aussi sur les régions exposées à l'air, aux bras, aux jambes, parfois aux fesses. Il faut noter qu'il est rare de voir l'insecte s'attaquer au visage. On a dit que de très-jeunes enfants, dormant la tête sous les draps, ont quelquefois pris ainsi la gale. Comme chez les grandes personnes, la présence de l'acare pourra engendrer diverses éruptions, en dehors de celle qui est propre à la gale, c'est-à-dire de la vésicule causée par le travail de terrage de la femelle. C'est ainsi, pour mentionner ces éruptions suivant leur ordre de fréquence, que nous voyons apparaître l'eczéma, l'ecthyma, l'urticaire, ensemble ou séparément. Néanmoins, sauf dans les cas anciens ou négligés, et chez les malades à peau très-susceptible, elles ne coexistent pas d'ordinaire. Quelquefois on notera des éruptions lichénoïdes ou autres. Il est parfois assez difficile de reconnaître la gale, quand elle se trouve masquée par ces érup-

tions secondaires, l'eczéma, l'ecthyma, ou l'urticaire. Il y a un grand intérêt thérapeutique à établir un diagnostic précis dans ce cas.

Le traitement, avant toute chose, devra chercher à améliorer l'état général; la gale, en effet, ne se développe guère chez un enfant sain et robuste. Une simple modification du régime diététique pourra suffire, comme thérapeutique, dans certains cas. Toutefois, chez le plus grand nombre des petits malades, il faudra recourir à l'huile de foie de morue, au quinquina, au fer (les circonstances indiqueront le meilleur mode d'administration de ce médicament); d'ordinaire, l'huile de foie de morue et le vin chalybé conviendront admirablement; mais ce dernier devra être fait avec du xérès de bonne qualité pour être digestible; car les médicaments, comme les autres ingesta, ont besoin d'être digérés. Localement, il faudra agir avec une grande prudence, s'il y a de l'eczéma. Alors on donnera un grand bain additionné d'une certaine quantité de borax ou de carbonate de soude, avec du son ou de la pâte d'amandes. Après le bain, si l'éruption eczémateuse est un peu violente, on se contentera d'onctions au zinc, faites une seule fois ou jusqu'à la guérison de l'eczéma, même quand la présence de l'acare n'est pas douteuse. Quand l'eczéma est moins aigu, et avant qu'il ne soit complétement éteint, on emploiera en onctions une mixture de zinc et de soufre, en faisant varier les proportions suivant les besoins : parties égales conviennent très-bien. On suivra les mêmes règles quand des pustules d'ecthyma viendront à compliquer la gale ; mais on emploiera bien plus franchement le soufre contre les pustules qu'en présence de l'eczéma, parce qu'il y a là beaucoup moins de risques d'irriter la peau.

La règle primitive dans le traitement local sera toujours de modérer la démangeaison, et, dans ce cas, notre expérience nous a appris que rien ne valait le soufre.

Les lotions, contenant du borax ou un peu de carbonate de soude dissous dans de l'eau de sureau, apaiseront l'irritation de la peau, surtout dans les cas d'urticaire ou d'éruptions lichénoïdes. Dans tous les cas, on pourra laver la peau avec l'eau de son ou la décoction d'amandes. Règle générale, on ne devra pas continuer pendant plus de trois jours de suite l'usage des onctions sulfureuses, autrement on courrait grand risque d'irriter la peau et d'y amener de l'eczéma. Au bout de trois jours, à supposer qu'il n'y ait aucune lésion cutanée qui vienne s'y opposer, on donnera au malade un grand bain savonneux, puis, il recevra des vêtements propres ; on emploiera également pour lui des draps, des oreillers, des serviettes propres, etc. Pendant ce temps, la nourrice de l'enfant sera traitée de la même façon, et l'on prendra les précautions les plus grandes pour écarter toute nouvelle source de contagion. Tout eczéma qui persiste au bout de trois jours, et telle est la règle dans les cas aigus, disparaîtra plus tard spontanément sans aucune autre thérapeutique.

Le diagnostic de la gale qui affecte les enfants n'est pas toujours facile, surtout en présence des complications que nous avons indiquées. On se trompera rarement toutefois, si l'on se rappelle que, chez les nouveau-nés, la maladie se montre aux pieds, chez les bébés âgés de quelques mois aux cuisses et aux fesses, et chez les enfants aux mains ou autres parties délicates exposées à l'air : la présence de l'insecte rendra le diagnostic absolu. Les éruptions syphilitiques de la plante des pieds chez les enfants nouveau-nés sont si différentes de la gale qu'elles ne seront jamais une source d'embarras.

L'*herpès tonsurans* (teigne tondante), bien distinct du favus, est la seconde variété parasitaire des maladies de la peau que nous avons l'intention d'examiner ; elle dépend de la présence d'un parasite végétal, le *Tricophyton ton-*

dens. Ses origines sont multiples; car non-seulement on le prend sur d'autres êtres humains, mais bien aussi sur des animaux. Nous inclinons à penser que les caresses prodiguées à des bêtes domestiques ne sont pas indifférentes sous ce rapport; ainsi, on a prétendu que l'insecte de la gale du chat est identique à celui de la teigne tondante de l'homme, le trichophyton (Aitken). Le plus communément, cette maladie attire l'attention quand elle siége à la tête, parce qu'elle détruit les cheveux; mais elle ne borne en aucune façon ses ravages au cuir chevelu et aux régions les plus pileuses, bien que ses dégâts sur la chevelure et la destruction des bulbes pileux qu'elle entraîne par inflammation soient beaucoup plus frappants en cet endroit que sur les parties glabres du corps. L'aspect de la teigne tondante est bien connu; car les plaques arrondies qu'elle cause sont très-fréquentes chez les enfants de la basse classe. Malgré la brièveté et la brisure du cheveu, dues à ce que les spores et les filaments du parasite fendent et détruisent le tube capillaire, on n'a pas toujours à craindre dans ce cas une calvitie absolue, comme avec le favus; celui-ci est causé par un parasite beaucoup plus redoutable, l'*Achorion Schœnleinii*. Lorsque le parasite envahit des parties pileuses, il se reconnaît avec facilité comme appartenant à l'herpès tonsurans; mais il n'en est pas toujours ainsi, lorsqu'il se montre dans les régions glabres ou couvertes d'un simple duvet. C'est là qu'on l'appelle à bon droit herpès circiné; mais son caractère parasitaire peut passer inaperçu. Certains auteurs prétendent que le parasite n'apparaît que consécutivement à une lésion de la peau; peut-être en est-il ainsi; mais cette conclusion est loin d'être positive pour nous. Dans tous ou presque tous les cas, on arrivera à reconnaître la présence du parasite. Von Bærensprung, qui admet le parasite comme lésion élémentaire, a vu des écailles provenant d'une teigne tondante et renfermant des

spores et du mycélium de trichophyton, donner naissance en quelques jours à des plaques bien nettes d'herpès circiné. La difficulté à diagnostiquer la maladie s'accroît quand celle-ci s'accompagne de vives démangeaisons (par suite de phthiriase, etc.), et quand les signes ordinaires de l'eczéma, de l'impétigo, et autres affections, viennent la compliquer. L'herpès tonsurans est, comme le dit si bien Hutchinson, « une affection presque spéciale à l'enfance ; » souvent elle est pour les parents ou pour le médecin une source d'ennui ou d'inquiétude.

Le traitement devra d'abord tendre à améliorer l'état général. Le vin chalybé, l'huile de foie de morue, une bonne nourriture rendront donc de grands services. Localement, en l'absence de toute espèce de complication, nous nous sommes bien trouvé de l'application du vésicatoire; mais il y a bien des cas où l'on ne saurait avoir recours à ce moyen curatif. On peut employer un vésicant quelconque; celui que je préfère est le badigeonnage avec une solution concentrée d'iode. On ne se trouvera jamais mal d'employer les onctions au précipité blanc, parce qu'elles évitent toutes les chances fâcheuses que fait courir aux enfants l'application d'un vésicatoire. D'une manière générale nous dirons ici que, sauf dans le cas d'herpès tonsurans, nous proscrivons presque absolument l'usage du vésicatoire dans la thérapeutique des enfants.

Une solution d'acide sulfureux est bonne et sans danger; mais on ne saurait l'employer avant d'avoir préalablement dissout les matières grasses disséminées à la surface de la peau avec de l'éther ou de la potasse en solution. L'acide sulfureux, *bien employé*, est un remède excellent. L'acide carbolique dilué aura aussi son utilité.

Il y a une grande importance à rechercher avec soin sur tous les points du corps les plaques qui se forment, de

façon à éviter plus tard le risque d'une auto-contagion. Tous les articles du vêtement qui peuvent contenir des germes du parasite, tels que chapeaux, bonnets, etc., seront mis de côté, ou traités par un parasiticide. Les moyens à employer seront le repassage avec un fer chaud, les fumigations sulfureuses, autrement dit les vapeurs d'acide sulfureux, le lavage et l'ébullition, selon la convenance de chacun.

(*A suivre*).

CENTENAIRE AMERICAIN

(*Congrès médical international*).

Les Sociétés savantes de Philadelphie ont eu l'heureuse idée d'organiser un congrès médical à l'occasion du centième anniversaire de l'indépendance américaine. Elles ont en conséquence nommé des délégués choisis dans leur sein à l'effet d'organiser cette fête scientifique à laquelle seront conviés les savants de toutes les nations. La commission se compose d'hommes dont les noms sont connus depuis longtemps parmi nous. Son bureau se trouve ainsi constitué : président, docteur Samuel Gross ; vice-présidents, docteur Ruschenberger, docteur Stillé ; secrétaire, docteur William Atkinson ; secrétaires correspondants étrangers docteur Dunglison, docteur Bertolet.

Le Congrès s'ouvrira à Philadelphie le 4 septembre 1876 et se terminera le 9. Voici le plan général proposé par la commission organisatrice.

I. Le Congrès se composera de délégués américains et étrangers; les premiers représenteront l'*American medical Association* et les Sociétés médicales des États de l'Union,

les derniers les principales Sociétés savantes de tous les pays.

II. Le bureau se composera d'un président, dix vice-présidents, quatre secrétaires, un trésorier et un comité de publication. Ces officiers seront élus pendant la première séance du Congrès.

III. Les séances du matin seront consacrées à la lecture des adresses et discours et aux affaires générales du Congrès; celles du soir seront occupées par les travaux des sections. Celles-ci, au nombre de 9, se répartissent de la manière suivante : 1re section : *Médecine* (pathologie, anatomie pathologique, thérapeutique); 2e section : *Biologie* (anatomie, physiologie, histologie) ; 3e section : *Chirurgie*; 4e section : *Dermatologie* et *Syphiligraphie;* 5e section : *Obstétrique, Maladies des femmes et des enfants;* 6e section : *Chimie, Toxicologie, Médecine légale;* 7e section *Science sanitaire* (hygiène, statistique médicale); 8e section : *Ophthalmologie* et *Otologie;* 9e section : *Maladies mentales.*

IV. L'anglais est la langue adoptée par le Congrès, mais sans exclusion des autres. Les délégués pourront donc se servir de la langue qu'ils parlent avec le plus de facilité.

Les personnes qui ont l'intention de présenter des travaux au Congrès sont invitées à envoyer le titre de leur mémoire au secrétaire, M. W. Atkinson, 1400, Pine Street, à Philadelphie.

De la marche et de la durée du chancre syphilitique et des syphilides vulvaires pendant le cours de la gestation, par le Dr J. N. Cernatesco, broch. in-8°, Paris, 1875, chez A. Delahaye, prix 2 francs.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Pari depuis la guerre de 1870-1871, première leçon, par le Dr Ch. Mauriac, broch. in-8°, Paris, 1875, chez A. Delahaye, prix 2 francs.

Du traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles, par le Dr Ch. Mauriac, broch. in-8°, Paris, 1875, chez A. Delahaye, prix 1 franc.

Du traitement des syphilides papulo-hypertrophiques par la cautérisation au nitrate d'argent activée par le contact du zinc métallique, par le Dr Chéron, broch. in-8°, Paris, 1875, chez A. Delahaye, prix 1 fr. 25 c.

Leçons cliniques sur une nouvelle méthode de traitement de la blennorrhée, par le Dr Tartenson, 2e édit. broch. in-8°, Paris. 1875, chez A. Delahaye, prix 1 franc.

Lectures on dermatology; delivered in the royal college of surgeons of England in 1874-1875, by Erasmus Wilson 1 vol. in-8°, London, 1875, J.-A Churchill.

Lectures on syphilis and on some forme of local disease affecting principally the organs of generation, by Henry Lee, in vol. in-8°, London, Churchill. 1875.

Clinical and physiological researches on the nervous system, par J. Hughlings Jackson, broch. in-8°, London, Churchill, 1875.

Observations de zona ophthalmique et d'herpès avec des considérations sur leur étiologie, par le Dr Jorisenne, broch. in-8°, 1875, Liège.

Recherches expérimentales sur le rôle thérapeutique du suc concentré de cresson dans le traitement de la phthisie pulmonaire, des scrofules et des affection de la peau, par Dupuy, pharmacien de 1re classe, broch. in-8°.

Exposé théorique et pratique des maladies vénériennes, nouvelle doctrine proscrivant les injections et le mercure, par le Dr Ch. G. Saint-Martin de Laplagne, suivie de 50 aphorismes d'une histoire naturelle de la blennorrhagie, de la manière de se traiter soi-même, de l'examen des fraudes et délits dans les relations sexuelles, Paris, 1876, 1 vol. in-12°, cart. de 252 p., prix 5 francs. J.-B. Baillière et fils.

Le Gérant : G. MASSSON.

Clichy. — Impr. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1648 1-6).

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

DU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES FUMIGATIONS DE CALOMEL. — OBSERVATION DE SYPHILIS NON TRAITÉE PENDANT 2 ANS 1/2. — SYPHILIDE PAPULO-HYPERTROPHIQUE. — GUÉRISON, par le Dr HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Il y a un an, je communiquais à la Société de médecine de Paris quelques recherches sur l'usage des fumigations de calomel dans le traitement de la syphilis, et je terminais cette note par les conclusions suivantes : Les fumigations de calomel peuvent être employées :

1° Seules, contre les manifestations ulcéreuses précoces, plaques muqueuses, impetigo, ecthyma suppuré ;

2° Associées à l'iodure de potassium, contre les accidents plus tardifs : syphilides tuberculeuse, ulcéreuse, pustulo-crustacée, ecthyma profond.

J'ai continué à employer ce mode de traitement, et je puis dire que les faits que j'ai observés, depuis cette communi-

cation, n'ont nullement modifié mon opinion, et qu'ils n'ont fait que confirmer les indications et contre-indications que j'avais essayé de poser.

Plusieurs de mes confrères, et particulièrement mon savant collègue et ami M. le Dr Mauriac, ont bien voulu m'adresser quelques critiques, auxquelles je crois utile de répondre.

Un résultat sur lequel j'avais appelé particulièrement l'attention est celui que l'on obtient contre les plaques muqueuses : en deux fumigations, les plaques érosives disparaissent, et cinq ou six fumigations débarrassent les malades des plaques végétantes et confluentes, qui s'accompagnent d'un écoulement sanieux si épouvantable. M. le Dr Mauriac, sans le nier, pense qu'on peut arriver au même résultat par le repos seul, les soins de propreté, les bains et quelques cautérisations.

J'ai fait à ce sujet de nouvelles expériences en choisissant des malades à peu près dans les mêmes conditions, et j'en ai conclu que les fumigations étaient préférables : d'abord au point de vue de la durée du traitement, mais encore comme propreté. Lorsqu'on se trouve en présence de végétations considérables, il faut faire de larges cautérisations et, outre la sanie purulente, on produit un écoulement de nitrate d'argent qui noircit la peau et les linges.

Acceptant, comme je l'avais dit, que les fumigations sont un adjuvant efficace dans certaines formes de syphilides, M. le Dr Mauriac croit que l'on ne peut admettre, ainsi que l'a écrit M. Parker, de Birmingham, « qu'elles constituaient le traitement le plus sûr, le plus actif, le moins suivi de récidives et le plus efficace : » car, ajoute M. Mauriac, que ne devrait-on pas dire des frictions mercurielles? Il est impossible de comparer ces deux modes de traitement: les frictions mercurielles restent et resteront le véritable grand traitement de la syphilis, soit pour lutter contre

les syphilis viscérales, soit pour triompher de ces syphilis superficielles contre lesquelles tout traitement semble échouer ; mais, malgré ce qu'on a voulu dire, les frictions sont un traitement difficile à employer, qu'il faut surveiller chaque jour, et qui amène, si vite ! cette horrible complication buccale, la salivation, que les anciens regardaient comme indispensable et à laquelle nous sommes redevables, en partie, des tristes préjugés répandus dans le monde sur l'influence du mercure.

De plus, je suis trop peu partisan, en thèse générale, de la méthode des statistiques, pour avoir cherché à contrôler par des chiffres si M. Parker n'avait pas été trop loin en portant ce jugement favorable sur les fumigations de calomel ; mais nous pourrions peut-être trouver une explication de cet enthousiasme dans la manière dont le mercure est administré.

M. Mauriac, dans la réponse qu'il a bien voulu faire à ma communication, n'est pas disposé à admettre les meilleurs résultats de ce traitement, parce qu'il ne voit pas comment le mercure pourrait agir plus efficacement par ce mode d'administration que par les autres moyens. « Le mercure aurait-il une autre action, une autre vertu curative, une autre portée parce qu'il a suivi telle ou telle voie pour atteindre le théâtre où ses effets vont se produire ? » Je m'étonne que le savant médecin de l'hôpital du Midi se pose cette question ; car il donne, dans la phrase suivante, la réponse la plus sérieuse : « Qu'il y ait des différences, ajoute-t-il, je le veux bien, mais ne proviennent-elles pas de la quantité du remède qui imprègne l'organisme à un moment et dans un laps de temps donnés, plutôt que de la façon dont on parvient à l'imprégner ? » Là, en effet, est toute la question : si les fumigations imprègnent plus vite et plus complétement l'économie, le médicament pourra lutter plus activement contre le mal. C'était là le but que

poursuivaient nos ancêtres, lorsqu'ils soumettaient les malades à la diète, aux saignées avant de pratiquer les frictions : ils espéraient, comme le dit Astruc, donner de l'espace au sang, qui doit être raréfié par le mercure ; délayer le sang, s'il est trop épais, et l'adoucir s'il est trop âcre, afin qu'il fût plus aisément brisé par le mercure ; aussi blâmait-il vivement Sydenham, qui trouvait que ces préparations avaient pour résultat de nuire aux malades que l'on affaiblissait, tandis que pour lui « ces préparations, en nettoyant les premières voies, en diminuant la plénitude des vaisseaux et en relâchant la tension des parties solides, devaient faciliter l'opération du mercure, l'atténuation du sang et des autres humeurs. » Aujourd'hui nous ne voyons plus la nécessité d'affaiblir nos malades, pour laisser agir un médicament ; mais je ne puis, cependant, admettre que le mode d'administration ne joue pas un rôle considérable dans les effets des médicaments ; et, pour en revenir aux fumigations, je suis tout disposé à croire qu'une substance portée au contact du sang dans les cellules pulmonaires, ou absorbée par la méthode hypodermique dont nous voyons, tous les jours, signaler les effets merveilleux, peut avoir un effet plus efficace que lorsqu'elle doit être absorbée par les voies digestives.

L'observation suivante recueillie par M. Guillemet, interne des hôpitaux, peut donner une idée de l'efficacité du traitement que je cherche à préconiser.

La nommée Joséphine P..., âgée de 21 ans, entra, le 16 juillet, dans mon service de l'hôpital Lourcine, salle Saint-Bruno, n° 17.

Cette fille a quitté, il y a 3 ans, sa famille pour vivre maritalement avec son amant ; mais, au bout d'un an, elle fut arrêtée sur la demande de ses parents et resta deux ans dans une maison de correction, à Auxerre.

Jusqu'à son entrée dans cette maison, Joséphine P... dé-

clare n'avoir jamais rien observé du côté des organes génitaux, soit écoulement, soit érosion ou papule, n'avoir jamais vu de taches sur la peau et n'avoir jamais souffert de la gorge ; ce ne fut que 6 mois après le commencement de sa détention qu'elle observa, en haut de la grande lèvre droite et un peu en dehors un bouton rouge, creusé et donnant beaucoup de pus. Malgré toutes les questions, les plus diverses et les plus multipliées, pour obtenir l'aveu d'une contamination récente, on n'obtint aucun renseignement précis sur le début de cette affection, qui, à l'entrée de P..., à Lourcine, remonte donc à plus de 2 ans.

Peu après le premier bouton, il survint, dit-elle, des tumeurs rouges et douloureuses sur la poitrine, elles s'abcédèrent et laissèrent écouler du pus mélangé de sang, mais elles guérirent sans laisser de traces. Une tumeur semblable apparut à la jambe gauche et le médecin de la prison crut devoir intervenir en y portant le fer rouge.

Malgré cette cautérisation, on vit se développer une syphilide papuleuse sur le cou, les lèvres, le front, les joues et sur le dos ; cette syphilide persista et prit un développement considérable, comme nous le verrons plus loin. Deux mois plus tard, survint sur la jambe une tumeur semblable à celle qui avait déjà existé. Les papules des lèvres furent encore cautérisées au fer rouge, et on parla même d'amputation de la jambe.

Cette fille, en quittant Auxerre, vint à Paris et se présenta à la préfecture de police en demandant à être soignée; elle fut envoyée à Lourcine.

Ce qui frappe d'abord l'attention, c'est l'aspect du visage hideusement défiguré par une syphilide papuleuse hypertrophique : les papules, pressées les unes contre les autres, sont grosses comme des framboises et siégent sur le front et sur les ailes du nez, principalement. Sur le front, cette

nappe occupe à peu près la ligne médiane depuis la naissance des cheveux jusqu'à la racine du nez, sur une largeur de 3 ou 4 centimètres. Un autre groupe s'observe à la région temporale gauche. Sur les ailes du nez, amas de papules dont quelques-unes sont presque pédiculées. Sur le menton, sur les joues, existent quelques papules isolées.



Cette figure a été dessinée d'après un moule de M. Jumelin, appartenant à la collection de M. P. Horteloup, pour être insérée dans le Traité des maladies vénériennes, en ce moment en préparation chez MM. Baillière et fils. Nous devons à l'obligeance de ces éditeurs de pouvoir la reproduire ici.

La lèvre inférieure présente, à peu près sur la ligne médiane, une masse surélevée, ulcérée, couverte d'une croûte noire. A la lèvre supérieure, existe, à la commissure gauche, une grappe de papules allant rejoindre celle de

l'aile du nez. La commissure droite présente une papule isolée.

Sur la lèvre supérieure, au-dessous de la cloison, se trouve une cicatrice provenant de cautérisation faite à Auxerre ; à la commissure droite on voit encore une même cicatrice.

Toutes ces papules sont violacées, tendues et surtout hypertrophiées ; elles sont élastiques, très-vasculaires et, lorsqu'on cherche à quoi les comparer, on ne trouve que le mot framboise. C'est en effet un beau type de ce que l'on a désigné sous le nom de *frambœsia.*

Le dos de la malade présente des papules groupées ou isolées à divers degrés d'évolution, depuis la papule sèche jusqu'à la papule ulcérée.

A droite, au-dessous de la clavicule, se trouve un grand îlot de papules moins exubérantes qu'à la face, mais assez volumineuses ; elles sont le siége d'une légère desquammation. Au-dessous se trouve un second îlot, en voie de cicatrisation.

A gauche, deux larges plaques cicatrisées, bordées de papules confluentes un peu ulcérées.

Sur la ligne médiane, au niveau de la 7e vertèbre cervicale, existe une cicatrice étendue déprimée.

Entre tous ces groupes on aperçoit une multitude de papules.

Sur les membres supérieurs se rencontrent des lésions analogues.

A la jambe gauche existe, outre la cicatrice, suite de cautérisation, un ulcère, au tiers supérieur, grisâtre et sanieux, très-douloureux, car la malade éprouve une véritable gêne pour marcher.

Les organes génitaux ne présentent ni plaques muqueuses ni cicatrices ; on ne constate qu'une vaginite assez intense.

Mes savants collègues MM. Fournier et Lancereaux voulurent bien venir examiner cette malade, qui présentait un des types les plus remarquables que puisse prendre une syphilis abandonnée à elle-même.

Après plusieurs examens, il fut décidé que cette malade serait soumise à un traitement mixte ; mais il y eut une certaine hésitation, quant au pronostic : car on pouvait craindre d'avoir de la difficulté à obtenir une disparition complète de ces tumeurs.

En conséquence, j'ordonnai à cette malade 1 gramme d'iodure de potassium par jour et je la soumis aux fumigations de calomel, à la dose de 1gr, 25.

Les fumigations furent exécutées de la même manière qu'à l'hôpital du Midi : La malade, après être déshabillée, est assise sur une chaise basse percée de trous. Entre les pieds de la chaise, se trouve une lampe à alcool vaporisant le calomel contenu dans une capsule de porcelaine, laquelle est entourée d'une sorte de gouttière remplie d'eau bouillante ; une grosse couverture, ne laissant passer que la tête, recouvre le tout. Les vapeurs de calomel et d'eau entourent la malade et lui procurent une sudation abondante ; de temps en temps, elle entr'ouvre la couverture pour aspirer largement la vapeur. Au bout de 25 minutes la malade, recouverte de sa couverture, retourne à son lit où elle reste ainsi pendant 1 heure.

Pendant la journée, l'ulcère de la jambe était pansé avec du sparadrap de Vigo.

Ce traitement fut commencé le 1er août et continué, sans autre interruption que les époques menstruelles, jusqu'à la fin de novembre.

Le 7 août, la dose de calomel fut portée à 2gr, 50.

Entre le 15 et le 20 août, les papules du dos commencent à s'effacer et à décroître. L'ulcère de la jambe est cicatrisé.

Le 23 août, la dose de calomel est portée à 3gr, 25, maximum que je n'ai jamais eu besoin de dépasser.

Les papules de la face cédèrent plus lentement que celles du dos ; cependant, le 25 septembre, elles étaient entièrement aplaties, remplacées par des macules violacées, sans aucune saillie.

Les papules ulcérées du menton avaient disparu dans les premiers jours de septembre.

A partir du mois d'octobre, les fumigations ne furent plus données que tous les deux jours, et la dose d'iodure fut portée à 2 grammes par jour.

En octobre et novembre, je fis faire une quinzaine de badigeonnages légers de teinture d'iode sur les macules du front et de la face, ce qui les fit disparaître presque complétement.

Le 20 novembre, la malade fut mise au sirop d'iodure de fer.

Le 30 novembre, on cesse toute médication spécifique, car on peut considérer cette femme comme guérie des accidents pour lesquels elle était venue réclamer nos soins.

Joséphine P... a quitté mon service au 1er janvier et elle est entrée comme infirmière dans celui de M. Fournier ; je l'ai revue le 10 février : elle a repris depuis un mois de l'iodure de potassium, à la dose de 1 gramme.

Cette femme est dans un état de santé parfait, elle a engraissé ; la figure ne présente plus que quelques taches brunâtres ; on trouve, dans quelques points, des plaques blanches qui paraissent correspondre aux papules ulcérées.

Quelques médecins qui ont vu cette malade à son entrée ou qui ont examiné le moule que j'en ai fait faire par M. Jumelin, dont je donne plus haut le dessin, ont pensé que nous nous trouvions en face de tubercules et non de papules. Je ne crois pas que ce diagnostic soit exact, pour

la raison suivante : nous n'avons pas eu affaire à une forme simple de syphilide, mais bien à une syphilide non soignée et survenue chez une femme placée dans de déplorables conditions hygiéniques. Des tubercules abandonnés à eux-mêmes auraient pris la forme ulcéreuse, tandis que, chez notre malade, les ulcérations ne se sont produites que par la compression que subissaient ces papules trop rapprochées et peut-être aussi par des frottements extérieurs. De plus les tubercules ne se présentent pas avec un aspect aussi confluent.

Pendant tout le temps que nous avons employé les fumigations de calomel, la malade ne s'est plainte ni de toux, ni de douleurs dans la bouche ; j'ai examiné avec grand soin les gencives, et je n'ai aperçu ni rougeur ni liséré pouvant me faire craindre de voir survenir de la salivation.

Verra-t-on revenir, chez cette malade, des accidents? Je suis fort disposé à le croire ; mais je ne pense pas que cela puisse changer, en aucune façon, la bonne opinion que l'on peut porter sur les fumigations de calomel.

La méthode des fumigations, dans le traitement de la syphilis, a été employée dès l'apparition de cette terrible maladie ; ainsi Rapou, dans son Traité de la méthode fumigatoire, dit que, « dès l'apparition de la vérole, on lui opposa les parfums ordinaires, dont l'usage était généralement répandu. Mais le peu de succès qu'on en obtint et l'analogie que l'on crut remarquer entre cette maladie et quelques affections qu'on guérissait par les fumigations mercurielles conduisirent à diriger contre elle le même moyen, qui devint ainsi la première méthode antisyphilitique. » Rapou ajoute que très-probablement on n'en aurait jamais connu d'autres, si on avait eu de bons appareils fumigatoires.

Après avoir rappelé les expériences faites avec grand succès aux Invalides, par Lalouette, à la fin du siècle dernier, Rapou porta sur les fumigations un jugement qui

se rapproche beaucoup de celui de M. Parker : « S'il existe un préservatif contre la vérole, c'est dans les fumigations mercurielles que l'on doit le trouver. »

Lucas Championnière, rapportant des expériences faites dans le service de Cullérier, écrivait que l'on doit regretter la difficulté d'administrer les fumigations, car la nécessité d'avoir un appareil construit à cet usage n'en permet pas aussi facilement l'usage dans la pratique particulière.

La manière dont les médecins anglais emploient les fumigations, et que nous avons suivie, ne peut plus présenter aucune difficulté; nous n'avons besoin d'aucun appareil spécial pour placer le malade, et, à très-peu de frais, on peut se procurer une lampe à alcool avec un petit réservoir pour l'eau et le calomel.

La raison plus sérieuse pour laquelle on a abandonné ce mode de traitement tenait beaucoup au sel de mercure que l'on employait; le cinabre et, exceptionnellement, le sublimé étaient particulièrement choisis. Les vapeurs de cinabre sont beaucoup plus irritantes, et les yeux, les poumons, étaient trop facilement irrités.

Le calomel ne présente pas cet inconvénient, si l'on a soin de commencer par la dose de 1gr, 25, et de ne pas mettre les malades dans une chambre trop étroite.

En terminant cette note je dirai que, sans partager complétement l'enthousiasme de M. Parker, je regarde le traitement de la syphilis par les fumigations de calomel comme un moyen très-prompt, très-efficace, ne fatiguant pas les malades, et d'une administration très-facile.

DE LA DARTRE SQUAMEUSE HUMIDE (HERPES SQUAMOSUS MADIDANS), DE SES FORMES ET TRANSFORMATIONS MULTIPLES, par le Dr DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

(Suite et fin.)

TRAITEMENT.

Tels sont les états divers, les phases différentes, les formes variées, les transformations multiples de la dartre squameuse, qu'il n'est pas inutile d'étudier, parce que, contrairement à ses prétendues lésions élémentaires, qui ne peuvent même servir au diagnostic, ces considérations pathologiques sont indispensables pour nos indications thérapeutiques.

D'abord, la dénomination de dartre indique qu'il s'agit d'une affection constitutionnelle, qu'il faut attaquer autant que possible dans l'état général, et cela sans s'effrayer du mot que M. Devergie réprouve, « parce qu'il entraîne la flétrissure morale des individus et des familles, et qu'il porte la désolation dans leur cœur, la dartre étant généralement considérée comme une maladie incurable. » (*Ouv. cit.*, p. 69.) Pure logomachie! que M. Devergie me pardonne ce mot ; mais ce qui le justifie, c'est que quand vous avez abandonné ce nom, les gens du monde l'ont conservé; c'est que, lorsque vous disiez à vos malades : C'est un eczéma, ils vous répondaient : C'est une dartre ! Vous ne

voulez pas alarmer vos malades par le nom de dartre, et vous avez substitué à l'une d'entre elles celui de lèpre! Vraiment c'est inouï! pour ne rien dire de plus.

Ainsi le nom est resté quand même, et le vôtre n'a nullement changé la chose! La maladie est bien une affection constitutionnelle, diathésique. Reste à savoir si l'on peut atteindre son principe, sa cause générale. Par un spécifique, comme on l'a cru longtemps, comme l'a si longtemps cherché Biett par sa polypharmacie, si contradictoire à ses doctrines, non! Mais ne modifions-nous pas notre organisme par des remèdes généraux, par des conditions hygiéniques, diététiques dans lesquelles nous pouvons placer nos malades? N'y a-t-il pas un consensus organo-fonctionnel à mettre en jeu, pour effectuer une certaine élimination, partant une dépuration, comme je l'ai exprimé dans presque tous mes écrits? N'y a-t-il pas pour les maladies en général des portes d'entrée et des portes de sortie, pour rappeler une expression de Galien? N'y a-t-il pas de grandes modifications à apporter à l'assimilation et partant à la chimie vivante, pour utiliser une expression vraie de Broussais? Ne modifie-t-on pas tous les jours les mouvements d'absorption, d'assimilation et des excrétions par le régime lacté, par la cure de raisin, par la diète sèche?

Bordeu n'a-t-il pas exprimé dans quelques mots remplis du meilleur sens physiologique: *que la maladie n'était pas un être, mais une manière d'être ?* N'est-ce pas ce que la science comprend de mieux en mieux de nos jours? Eh bien! si la maladie n'est pas un être que l'on puisse saisir, combattre corps à corps, ne pouvons-nous attaquer sa manière d'être, la dévier, la modifier, la transformer, comme nous le faisons, du reste, dans tous les cas, en provoquant des jeux organiques, des flux éloignés, des excrétions différentes dans les organes sympathiques, supplé-

mentaires, par des modifications dans les assimilations? phénomènes ultimes, moléculaires qui seuls peuvent amener de véritables dépurations. Toutefois c'est là le difficile à atteindre pour les maladies diathésiques. Dans les affections simplement hypérémiques, le rouage organo-fonctionnel, naturel ou provoqué, produit promptement la résolution, et l'équilibre des fonctions se rétablit de lui-même. Dans les maladies diathésiques le principe, quoique évidemment restreint, reste, et son levain suffit souvent pour reproduire la maladie. Mais n'est-ce pas parce que nous ne l'avons pas poursuivi assez profondément, que nous n'avons pas assez insisté sur les modifications du régime, des conditions hygiéniques générales ? Pourquoi n'espérerions-nous pas pouvoir détruire tout à fait ce principe morbide ? N'est-ce pas en changeant de climat, de régime, d'habitudes, de profession, que l'on reconstitue des organismes? (*Voyez* notre Dogmatisme pratique au sujet des maladies dartreuses et chroniques, *Bull. de thérapeut.*, t. XXXVI, 1849; Pratique médicale expliquée par les mouvements physiologiques naturels ou provoqués, *ibid.*, t. XL, 1851, et notre *Hydrothérapie générale*, in-8°, 1853.)

M. Guibout, un dermatologiste émérite nouveau, dans une belle leçon, exprime dernièrement les relations qui existent entre la peau extérieure et les muqueuses intérieures. Il dit, comme M. Hardy, comme nous l'avons dit peut-être le premier dans les ouvrages ci-dessus indiqués : « Par des dérivatifs prudemment dirigés vers les voies urinaires et intestinales, établissons de ce côté un double catarrhe substitutif qui diminue le catarrhe de la peau.» Et plus loin : « Il résulte que, si la peau n'est point un organe isolé et sans retentissement dans l'économie, c'est principalement aux membranes muqueuses qu'elle est unie par les liens de la plus étroite et de la plus intime sympathie... les muqueuses et la peau, dans leur mutuelle et récipro-

que solidarité, nous représentent les deux plateaux d'une balance; leur parfait équilibre est une condition de la bonne santé. » (*Gazette des hôpitaux*, n° 49, p. 387, 1875.) Les eaux minérales employées avec discernement, avec persévérance, n'atteignent-elles pas la cause diathésique de la dartre par les excrétions diverses et multiples qu'elles déterminent ? Je ne parle pas des résolutions qu'elles effectuent, par la résorption que tout ce mouvement diacritique provoque; mais combien de tels traitements bien conduits n'éloignent-ils pas de nouvelles atteintes, ne simplifient-ils pas des espèces de dartres ?

Voilà pour le traitement général. Mais nous trouvons des indications topiques, suivant qu'elles se présentent à l'état aigu ou de sécrétion, à l'état chronique ou de sécheresse, de rudesse même, c'est-à-dire sous la forme lichénoïde. Lorsque la dartre est sécrétante, elle l'est plus ou moins, et cette sécrétion marche d'accord avec son inflammation. On voit des dartres, comme nous l'avons montré, si vives, qu'elles sont de véritables exulcérations; force est alors de leur donner un épiderme artificiel, puisque la peau manque absolument du normal ou du pathologique, que les squames forment et représentent. Pour cela, les moyens employés ont été divers : des cataplasmes de farine de riz, de fécule de pommes de terre, de pain, de pulpe de courge, de carotte, etc., ont été utilisés pour combattre l'inflammation et protéger en même temps les surfaces dénudées. De nos jours on vante les toiles de caoutchouc vulcanisées. Ce moyen que l'on substitue aux cataplasmes a été introduit dans la thérapie cutanée par M. Colson, de Beauveais, et utilisé par le professeur Hardy, par notre savant et aimable confrère M. Lailler, par le professeur Hebra, de Vienne; et enfin M. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient d'en préconiser les bons effets dans un article spécial. (*Bulletin de thérap.*, t. LXXXVIII, p. 49, 1875.)

Il résulte surtout de l'emploi de ce topique, qu'il est plus commode et plus économique que les cataplasmes ; qu'il agit aussi bien, sinon mieux, pour calmer les démangeaisons et les cuissons diverses de la dermatose sécrétante ; mais il n'est pas établi qu'il abrége la longueur de la maladie, qui, comme nous l'avons montré par l'observation, se termine et se résout en se desséchant et en se transformant d'humide en squameuse, et de squameuse en furfuracée. D'ailleurs ce moyen n'est qu'un perfectionnement de la feuille de chou, de poirée, de laitue, de la toile cirée si banalement employée par nos paysans ; et, si vraiment il calme les démangeaisons et atténue l'inflammation, en laissant à demeure et accumulant sur la peau la transpiration mordide et normale, en y maintenant une sorte de bain, n'est-il pas à craindre que ce contact d'humidité, cette accumulation de chaleur, par un agent imperméable, ne provoque davantage la sécrétion de la partie, que l'âcreté, la corruption de la sécrétion morbide peut encore augmenter?

Je sais bien qu'on peut assimiler cette pratique aux pansements rares dont on a retiré de bons effets en chirurgie. Cependant j'ai vu un enfant à la mamelle atteint d'un *achor muciflux* périr d'une suppuration prodigieuse à la tête, et dont les yeux mêmes se fondirent parce que la mère y maintenait, malgré tout ce que je pus lui dire, sans vouloir le laver, une coiffe de toile cirée et un paquet de linges chauds, craignant qu'il se refroidît ; tout cela au milieu d'une température qu'un poêle et l'habitation de plusieurs personnes entretenaient jour et nuit à un degré très-élevé. Aussi voyait-on couler de toute part et sans jamais se concréter un liquide purulent qui, s'introduisant dans les yeux, finit par ulcérer les cornées et rendit les yeux concaves en se vidant. Sans doute les habiles médecins qui emploient les toiles de caoutchouc vulcanisées

évitent de pareils désastres en lavant de temps à autre les parties malades et les toiles imperméables; mais cette imperméabilité n'en accumule pas moins les sécrétions et les excrétions, et l'on peut se demander si cette pratique, en entretenant l'humidité de la surface dartreuse, ne prolonge pas la phase sécrétante; d'autant plus que l'observation générale, le cas de Haude en particulier, témoignent de l'importance de l'indication de dessécher la dartre pour l'amener à résolution. Or, à ce sujet, je ne dois pas être le seul qui aie fait cette remarque, puisque plusieurs praticiens, en pareil cas, ont conseillé des poudres absorbantes d'amidon ou de riz pour atteindre plus vite la dessiccation. Malheureusement ce moyen a aussi son inconvénient : lorsque la dartre est trop vive, sécrétant trop abondamment, ces particules pulvérulentes agissent à la manière de corps étrangers, quand elles ne s'accumulent pas sur certains points pour y servir comme de pois à cautère, et au lieu de diminuer la sécrétion l'excitent encore. Ce n'est vraiment que lorsque la dartre est presque sèche qu'on retire quelque bien de ce moyen, mais alors le plus souvent il est devenu inutile.

Après avoir expérimenté à peu près tous les procédés, voici et depuis longtemps à quelle pratique je me suis arrêté : Quand la dartre est très-vive, très-enflammée, très-sécrétante, je la fais arroser d'eau pure, plus ou moins froide suivant la saison, deux ou trois fois par jour, et fais maintenir ensuite la surface malade quelque temps à l'air, lorsque je ne la fais pas éventer avec un éventail ou même un soufflet. Ces irrigations, que je fais pratiquer depuis plusieurs années et dont j'ai produit une observation particulière en 1852, dans un article spécial aussi sur la dartre squameuse humide (*Bulletin de thérapeut.*, t. LXII, p. 392), doivent être aussi prolongées que possible. M. Hebra, qui les préconise beaucoup aussi, les prescrit

jusqu'à quatre ou cinq fois par jour; méthode excellente, lorsque ensuite on n'est pas obligé de recouvrir la partie avec quelque pansement, ce qui serait trop fastidieux. Le professeur de Vienne a encore perfectionné ce moyen en faisant tomber l'eau en gouttelettes très-fines à l'aide d'appareils spéciaux. Dans nos campagnes, pour profiter du procédé de ce savant dermatologiste, on pourrait utiliser des cribles, des tamis que l'on trouve dans les ménages, et au travers desquels on pulvériserait l'eau autant que possible.

Mais après ces irrigations, alors que la dartre est encore trop vive et sécrétante, qu'on ne peut la laisser au contact des vêtements ou à l'air à cause de la partie affectée, force est de la recouvrir d'un certain pansement. J'adopte, dans le cas de très-vive inflammation, les cataplasmes froids ou presque froids de riz, de fécule de pommes de terre, jamais de farine de lin, parce que l'huile qu'elle contient exaspère souvent l'inflammation de la peau; elle produit même sur certaines peaux saines une vésication miliaire. Je crois avoir été le premier à faire remarquer que souvent les corps gras, les huiles, exaspéraient les sécrétions dartreuses. M. Hebra a fait aussi la même observation. J'ai maintes fois fait arroser avec avantage les cataplasmes avec de l'eau de Goulard laudanisée. Les opiacés sont excellents pour atténuer les sécrétions de la peau comme les sécrétions des muqueuses intestinales, analogie que peut encore enregistrer M. Guibout entre ces deux téguments. C'est ainsi que, pour les dartres squameuses humides très-vives et assez généralisées, je me suis très-bien trouvé de bains entiers peu tièdes, rendus amilacés par une décoction de son ou d'amidon et de pavots.

Lorsque des cataplasmes n'étaient pas urgents, j'ai souvent employé avec succès des linges fenêtrés enduits de cérat laudanisé pour combattre la violence des démangeai-

sons et des cuissons. Le corps gras rendait bien le linge à peu près imperméable, mais les trous nombreux permettaient à la sécrétion de trouver des issues et de ne pas séjourner sur la surface malade. Cependant, tandis que le cérat laudanisé fait merveille dans certains cas (comme chez une femme d'Amiens, qui est citée dans le mémoire indiqué plus haut, atteinte d'une dartre squameuse orbiculaire qui encadrait ses deux yeux), chez d'autres, commo corps gras, il peut augmenter les sécrétions. Aussi, je substitue aujourd'hui assez généralement au cérat la glycérine ou le blanc d'œuf, un mucilage de gomme adragant, sans oublier le laudanum, qui a vraiment une action spéciale sur les sécrétions et les démangeaisons. Cette action est si manifeste, qu'un jour je fus mandé pour un homme qui avait une dartre squameuse humide aux bourses et au périné, et qui me dit : « Je souffre horriblement, et il faut que je parte ce matin même pour Marseille ; avez-vous un moyen instantané pour me soulager ? — Je le pense, » lui dis-je, et je lui ordonnai de oindre la partie avec le liniment suivant :

Glycérine pure...............	aa 50 grammes.
Eau de Goulard concentrée....	
Laudanum de Sydenham......	5

Mêlez et agitez.

Ce monsieur fit son voyage, continua son remède aidé des lotions d'eau froide, et la dartre disparut. Je viens d'appliquer le même topique à une dartre squameuse du gland et du prépuce chez un homme qui était affecté de cette dermatose pour la seconde fois et qui, soit dit en passant, n'y a jamais vu de vésicules, mais une certaine rougeur, et ensuite des fendillements de l'épiderme qui finissent par former des squames assez larges, minces, transparentes et qui ne se renouvellent que lentement ; phénomène

bien différent de ce que les Willanistes appellent si improprement *herpes preputialis*, l'olophlyctis d'Alibert, qui se manifeste toujours par des vésicules éphémères, véritable eczéma qui ne laisse jamais de squames, mais des sortes de croûtes..

Dans les dartres excoriées très-simples, le blanc d'œuf remplace avantageusement la glycérine, qui quelquefois provoque, au moment de l'application, des cuissons. Seulement ces excipients étendus sur le linge fenêtré ont l'inconvénient d'attacher celui-ci à la surface de la dartre et exigent qu'on ne l'enlève qu'après des lavages répétés, lors des irrigations, soir et matin ; mais avec cette précaution on ne trouve guère au procédé que des avantages. Peut-être que des toiles de caoutchouc fenêtrées et enduites de ces mixtures seraient plus avantageuses que les toiles, soit par économie, soit parce qu'elles n'adhéreraient pas à la peau ou qu'elles conserveraient mieux, sans s'imbiber, le mélange médicamenteux. Je laisse cette question à résoudre aux honorables et savants professeurs de l'hôpital Saint-Louis, qui préconisent les toiles imperméables.

Bien entendu, c'est surtout pendant que ce catarrhe de la peau, comme dit M. Guibout, est dans sa plus grande activité d'exhalation, qu'il faut agir sur les muqueuses gastro-intestinales et rénales, plus énergiquement par des purgatifs répétés et des diurétiques continus, sans préjudice du régime alimentaire ordinairement choisi parmi les légumes herbacés et les fruits. De plus, aussitôt que la dartre paraît se sécher, il faut se hâter de cesser tout pansement pour la laisser à l'air et favoriser le plus possible ses phases de résolution, c'est-à-dire de desquamation et de furfuration. Il est même certaines susceptibilités de la peau chez les dartreux, qui ne souffrent aucuns pansements, parce qu'ils entretiennent trop d'humidité, trop de chaleur et favorisent ainsi l'exulcération. J'en ai

rencontré, comme le professeur Hebra, qui ne supportent pas d'être irriguées.

Une dame avait à une jambe des varicosités qui amenèrent une certaine desquamation dartreuse, puis de petites exulcérations. J'employai des irrigations, la position horizontale, une infinité de pansements et de topiques ; je ne faisais qu'agrandir les points excoriés. Je fus obligé d'ordonner à cette dame de s'éventer la jambe avec un soufflet et de la garder sans bas, constamment à l'air. Elle guérit très-bien par ce moyen, sauf de ses varices capillaires. Chez deux messieurs qui portaient une dartre squameuse aux jambes dont l'humidité était entretenue par l'obligation de porter des bas lacés, à cause des varices qui compliquaient leurs dermatoses, je me suis très-bien trouvé des lavages de temps à autre avec de l'eau boratée et de saupoudrer la partie avec du silicate de magnésie (talc ou craie de Briançon) préférablement à la poudre de riz ou d'amidon.

Une autre dame qui a de temps à autre quelques plaques furfuracées sur le corps et à la tête (pityriasis) reçut une blessure sur le dos de la jambe : des compresses d'eau froide, d'eau de Goulard, les pansements les plus anodins amenaient une série de bulles, puis des exulcérations qu allaient toujours en s'aggrandissant. Je pris le parti de lu faire construire une cage en carton percillée pour abriter du contact des jupons et laisser constamment à l'air la partie cutanée malade; en même temps de l'éventer plusieurs fois dans la journée. Ce fut le seul moyen qui réussit à dessécher ces exulcérations, qui se terminèrent par desquamation et furfuration.

Mais, nous l'avons vu par la belle observation d'Alibert, par diverses citations de M. Hardy, dans notre précédent mémoire, il y a des dartres squameuses humides qui se transforment tout à fait en lichénoïdes. Il y a même des

squameuses qui sans être lichénoïdes naissent primitivement sèches. Dans ces états divers les bains alcalins sulfureux, au sublimé, les eaux thermo-minérales salines et sulfureuses, les bains de mer sont conseillés avec avantage. C'est encore dans ces cas que les pommades au goudron, la glycérine goudronnée additionnée de créosote, d'acide phénique, donnent de très-bons résultats. Aussi ne puis-je mieux faire que de reproduire ici un des faits les plus remarquables et les plus significatifs :

« La femme d'un garde-chasse des châteaux royaux fut reçue au pavillon Gabrielle en 1831. Cette malade avait été presque subitement couverte de la tête aux pieds d'une dartre squameuse à la suite, disait-elle, de chagrins qu'elle avait éprouvés. La maladie datait déjà de plusieurs mois ; malgré son étendue, elle n'entretenait pas de fièvre, mais une chaleur mordicante et une desquamation telle qu'on pouvait ramasser à poignées les débris d'épiderme que la malade laissait chaque matin dans son lit. Il se faisait sur la peau quelque suintement de sérosité, mais peu considérable et d'une manière insensible. Ces conditions pathologiques produisirent des folioles épidermiques fort larges et surtout fort transparentes, circonstances qui, jointes à certains caractères, tels que l'empreinte des papilles de la peau sur ces mêmes écailles, attestaient que la maladie n'était pas très-aiguë. En effet, dans ce cas, elles sont mates, friables, imbibées qu'elles sont d'une sérosité souvent purulente, et n'ont jamais que des rapports fort éloignés avec la texture épidermique, parce qu'elles se reproduisent alors trop rapidement et sous les conditions d'une sécrétion trop abondante.

« Malgré cette chronicité, bien que nous fussions très-disposés à essayer le goudron, tous autres moyens ayant été inutiles, nous hésitâmes devant cette universalité de la maladie. Nous nous décidâmes cependant à employer la

pommade au goudron à faible dose et sur un membre seulement. Or, le hasard fit que ce fut la pommade à l'huile pyrogénée de houille.

« Par l'atténuation de la dose, nous n'eûmes aucun mécompte à déplorer; car huit jours après nous pûmes constater que, non-seulement l'injection de la peau avait diminué, mais surtout que la desquamation était plus rare sur le membre frictionné. Alors nous étendîmes successivement la médication aux autres membres, puis à tout le corps, et nous pûmes progressivement constater l'amélioration de la dermatose, c'est-à-dire le ralentissement de la reproduction épidermique, et, par plaques toujours plus étendues, le retrait de la peau à l'état physiologique. Enfin, au bout de trois mois, la maladie avait disparu entièrement, et cette dame quittait l'hôpital Saint-Louis fort heureuse et satisfaite. » (*Bulletin de thérapeut.*, t. VLII, p. 389, 1852.)

Je viens de dire que c'était l'huile pyrogénée de houille, que l'on fabriquait dans l'appareil à gaz de l'hôpital Saint-Louis, qui fut employée chez cette malade. En effet, après diverses expérimentations, nous nous servions indifféremment de ce goudron minéral ou du végétal, c'est-à-dire celui qu'on extrait du genévrier; le premier avait seulement le grand inconvénient de noircir beaucoup plus le linge. Toutefois, j'ai reproduit cette observation pour montrer que le moment de l'application d'un remède modificateur, toujours excitant, n'est pas toujours facile à saisir; qu'il faut l'employer avec beaucoup de circonspection, même de tâtonnements : car j'ai vu, l'an dernier, une dartre lichénoïde tellement exaspérée par une pommade phéniquée, ordonnée par un jeune confrère qui en promettait merveille, que le malade ne savait plus comment supporter l'ardeur qui le dévorait. Il passait, quoique au gros de l'hiver, ses nuits sur sa chaise, ne pouvant endurer les souffrances que la

chaleur du lit occasionnait. Je pourrais dire aussi qu'il en est de même des bains thermo-minéraux employés à contretemps, et rappeler ici le fait d'une dame atteinte d'une dartre squameuse humide au retour de l'âge, qui finit par succomber à la suite d'une huitaine de bains pris à Gréoulx. C'était la tante d'un confrère qui la conduisit à ces thermes et qui passa avec la malade chez moi pour me consulter sur leur opportunité. Or, malgré que je ne pusse approuver cette médication dans l'état subaigu de cette dartre, le confrère, soit qu'il ne voulût pas avoir perdu son voyage, soit qu'il pensât qu'il n'y aurait pas beaucoup d'inconvénient à essayer, passa outre; mais force lui fut de ramener sa malade, puis il m'annonça sa mort à quelque temps de là.

Ces médications substitutives ne doivent donc être tentées que dans des conditions positives de chronicité et toujours avec la plus grande prudence. Aussi, ai-je écrit maintes fois que le moment de l'application est tout dans cette thérapeutique comme dans toute autre, parce qu'il s'agit de relever la contractilité organique sans exaspérer la sensibilité, qui peut augmenter l'afflux sanguin au lieu de le diminuer.

Dans les périodes de sécheresse, dans les transformations furfuracées lichénoïdes, ai-je besoin de dire que je donne, comme tout le monde, des arsenicaux à l'intérieur, et, par prédilection, l'arséniate de soude à doses minimes à l'exemple de M. Hardy? Ferions-nous mieux maintenant d'imiter M. Gubler en préférant les préparations mercurielles? Nous avions employé aussi l'iodure de potassium, le proto-iodure de mercure, l'iodure de fer, toujours aidés, lorsque les organes digestifs et la constitution générale du sujet le permettaient, des purgatifs fréquents. Mais nous ne pouvons expliquer au juste l'action de ces divers médicaments, qu'en convenant qu'ils facilitent la résolution de la

dartre sans atteindre le principe pathogénique : l'herpétisme qui la provoque, herpétisme qu'on modifie, je crois, plus heureusement par des régimes alimentaires exclusifs ou à peu près, choisis dans le laitage, les légumes herbacés, les fruits ou la diète sèche, suivant l'idiosyncrasie du malade. Mais bien peu ont le courage de s'astreindre à ces alimentations toujours peu agréables par leur uniformité. Mon fils me citait un monsieur de sa clientèle, à Marseille, qui ne pouvait guérir d'une dermatose parce qu'il se nourrissait exclusivement de viande ou de poisson, et ne pouvait s'astreindre à un régime lacté ou herbacé quoiqu'il fût lui-même convaincu que c'était là le seul moyen de s'en débarrasser. J'ai souvent pensé qu'un des meilleurs moyens pour prévenir de nouvelles atteintes des affections dartreuses serait, pendant plusieurs années, de faire faire aux malades un traitement préventif au printemps et en automne par le régime alimentaire, et en été par les médications thermo-minérales. Ne finirions-nous pas ainsi par atteindre cet herpétisme et empêcher ses effets ?

Il ne me reste plus qu'à conclure que toutes ces observations attestent

1° Qu'il n'est pas indifférent d'appeler dartre ou eczéma la maladie dont nous venons de traiter, puisque ce premier nom désigne une maladie constitutionnelle capable de différentes formes sans changer de nature ;

2° Que l'étude des lésions élémentaires que l'on s'efforce souvent en vain de trouver à propos d'eczéma est auss inutile pour le diagnostic que pour la thérapeutique;

3° Qu'au contraire, en étudiant l'ensemble des phénomènes et leurs transformations, on y puise les véritables indications du traitement;

4° Puisque celui-ci varie avec les formes de la dermatose et que ce sont ces formes qui commandent vraiment

le rejet ou l'application de tel topique, de tel médicament;

5° D'où il résulte, en définitive, qu'on peut clôturer tout ceci par le magnifique aveu de M. Devergie, lorsqu'il a dit à *ceux qui voudraient grouper entre elles les maladies cutanées dans le but d'applications thérapeutiques générales : Adoptez la dernière classification d'Alibert;* ce qui a été également proclamé par ces autres paroles de M. le professeur Hardy : *C'est la seule méthode qui soit féconde en résultats thérapeutiques.*

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le Dr Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

(Extrait d'une leçon recueillie par M. F. DREYFOUS, interne des hôpitaux.)

...Je vous ai dit, messieurs, que les lésions syphilitiques de la moelle se traduisent par deux ordres de symptômes, à savoir :

1° Symptômes paralytiques ;

2° Symptômes ataxiques.

Déjà je vous ai entretenus tout au long des troubles paralytiques dans nos deux dernières conférences. J'aborderai aujourd'hui, devant vous, l'étude des troubles du second ordre ou troubles *ataxiques*.

I.

Les phénomènes ataxiques de la syphilis tertiaire consistent en des troubles de motilité, dus à ce qu'on appelle l'*incoordination des mouvements*.

Ils diffèrent essentiellement des phénomènes paralytiques qui nous ont occupés jusqu'ici, et vous savez comment. Ces derniers consistent en des troubles de motilité imputables à un affaiblissement ou à une abolition des puissances musculaires. Ceux, au contraire, qui constituent

l'ataxie sont des troubles de motilité par asynergie des agents moteurs, les puissances musculaires restant conservées. Fonctions motrices compromises à des degrés divers, et compromises en dépit de la conservation des forces musculaires, voilà ce qui caractérise l'ataxie, et ce qui la caractérise dans la syphilis, comme ailleurs.

La syphilis, en effet, alors qu'elle porte son action sur divers éléments anatomiques de la moelle, détermine une *ataxie locomotrice progressive*, et cette ataxie se traduit cliniquement par l'ensemble des troubles qui composent l'ataxie vulgaire, c'est-à-dire de provenance non spécifique. C'est là, messieurs, le grand fait, le fait d'importance capitale, sur lequel je me propose d'appeler votre attention aujourd'hui. Veuillez, quant à présent, l'accepter comme démontré ; j'en ferai la preuve dans un instant.

II.

Puisque les troubles ataxiques de la syphilis ne diffèrent pas de ce qu'ils sont ailleurs, je veux dire de ce qu'ils sont alors qu'ils dérivent d'une cause autre que la syphilis, cela me permettra d'être bref sur leur compte. Dans le tableau que j'en vais tracer, je ne m'arrêterai donc qu'aux traits principaux, omettant à dessein les particularités secondaires et vous renvoyant, à leur propos, aux descriptions classiques de l'ataxie vulgaire.

De même que l'ataxie vulgaire, l'ataxie syphilitique se présente sous des *formes variées*. Tantôt elle offre un ensemble de symptômes qui constituent ce qu'on appelle le type complet ;—et tantôt elle se limite à quelques symptômes seulement de cet ensemble, composant de la sorte des formes dites frustes ou incomplètes.

Étudions-la tout d'abord sous son type complet, lequel

d'ailleurs en est aussi le type le plus habituel, le plus commun.

I. — Cette forme complète comporte, vous le savez, deux ordres de phénomènes : 1° des phénomènes essentiels ou *spinaux*, traduisant les lésions subies par la moelle ; — 2° des phénomènes accessoires ou *céphaliques*, se rapportant à un état pathologique des nerfs crâniens.

De ces deux ordres de phénomènes c'est le second qui, dans l'ataxie vulgaire, inaugure communément la scène. Il en est ainsi quelquefois dans l'ataxie spécifique, où l'on observe alors, comme premiers symptômes chronologiquement, des paralysies de certains nerfs encéphaliques. Ces paralysies affectent presque exclusivement les nerfs moteurs oculaires (troisième ou sixième paire) et le nerf optique. De là résultent des troubles variés dans les mouvements de l'œil et de la paupière supérieure (strabisme, diplopie, ptosis, etc.), comme aussi dans l'exercice de la vision (amblyopie, pouvant plus tard dégénérer en amaurose).

Vous reconnaissez là, messieurs, les phénomènes qui traduisent souvent les débuts de l'ataxie vulgaire. Eh bien, ces phénomènes s'observent également dans l'ataxie syphilitique. Seulement, je crois pouvoir dire qu'ils y sont moins fréquents comme phénomènes initiaux. Il est plus usuel que l'ataxie spécifique s'annonce soit exclusivement par les symptômes spinaux dont nous allons parler, soit par ces symptômes spinaux associés aux troubles des nerfs encéphaliques.

Venons aux symptômes spinaux, symptômes essentiels de l'affection.

Il en est trois majeurs, qu'il me suffira d'énoncer simplement, tant ils sont connus de vous. Ce sont les suivants :

1° Douleurs dites *fulgurantes*.— Douleurs d'un genre tout

spécial, caractérisées par ce triple attribut d'être à la fois *soudaines*, *fugaces* et *mobiles*. Douleurs d'ailleurs variables de caractère (tantôt lancinantes ou fulgurantes proprement dites, traversant le membre à la façon d'un éclair ; tantôt térébrantes ou constrictives, etc.) ; — variables également d'intensité ; — variables encore à divers autres points de vue : se produisant par exemple soit isolément, soit par accès, etc. — Inutile de vous rappeler que ces douleurs constituent un des symptômes les plus saillants de l'ataxie vulgaire ; elles se retrouvent avec les mêmes caractères dans l'ataxie d'origine spécifique.

2° *Troubles de sensibilité*, et, très-spécialement, *anesthésie*. — Quelquefois, surtout au début, on observe des *hyperesthésies locales*, occupant par plaques une portion des membres ou du tronc. Ces hyperesthésies locales dégénèrent habituellement en plaques anesthésiques à une époque plus ou moins avancée ; elles peuvent cependant être persistantes.

Bien plus fréquent est un phénomène d'ordre précisément opposé, à savoir l'*anesthésie*. Cette anesthésie se rencontre sur les membres, sur une partie du tronc, sur la verge, etc. Elle est particulièrement remarquable aux extrémités, surtout à la plante du pied. C'est, vous le savez, à l'anesthésie plantaire que restent imputables ces singuliers phénomènes de malades ayant perdu la notion du sol, ne distinguant plus un parquet de bois d'un tapis, disant marcher « sur du coton », se croyant « soutenus dans l'espace sans toucher terre », etc.

3° *Incoordination tabétique*. — Symptôme majeur par excellence, symptôme conférant à la maladie ce qu'elle présente de spécialement caractéristique.

Cette incoordination tabétique est en vérité trop vulgaire, trop banale, pour que j'aie besoin de vous la décrire en détail. Vous la connaissez tous pour en avoir rencontré de

nombreux exemples. Je ne ferai donc qu'en rappeler à vos souvenirs les traits principaux.

Elle consiste en ceci : *fonctions locomotrices empêchées ou annihilées par le désordre des mouvements, malgré la conservation de la puissance musculaire.* Exemple : le malade veut-il marcher, on le voit projeter ses jambes à droite et à gauche, sans direction ; le pied est lancé plutôt que détaché, et vient retomber lourdement en frappant le sol du talon. A un degré supérieur, les jambes ne s'agitent plus qu'en désordre, follement, s'entre-croisent et s'enchevêtrent, à la façon des jambes d'un pantin. Une chute serait inévitable si le malade n'était soutenu.

En un mot, marche devenue difficile et même complétement impossible ; fonction locomotrice gravement troublée, aussi gravement qu'elle le serait par une paralysie. Et cependant, *pas de paralysie!* Le malade affecté de la sorte n'est pas un paralytique. Sans doute, il est bien, au total, aussi impotent, aussi incapable qu'un paralytique, mais il ne l'est pas par le fait d'une paralysie. De cela la preuve est facile à donner, et cette preuve, la voici :

Demandez à ce malade d'exécuter tel ou tel mouvement, par exemple d'étendre ou de fléchir la jambe. Il exécutera ce mouvement, d'une façon vicieuse, désordonnée, il est vrai, mais il l'exécutera. Donc la puissance musculaire persiste.

Autre expérience démonstrative : Le malade ayant la jambe étendue ou fléchie sur la cuisse, essayez de la fléchir ou de l'étendre, en le priant de résister au mouvement que voulez produire : vous n'y parviendrez pas ; tout au moins n'y parviendrez-vous, quelquefois, qu'au prix d'un effort très-intense, exigeant un déploiement de force considérable. Si donc le malade vous résiste, c'est qu'il a la faculté de vous résister ; c'est que sa puissance musculaire

persiste ; c'est que la force est conservée dans ces membres en apparence si débiles.

Conséquemment, si la fonction de locomotion est abolie en pareil cas, elle ne l'est pas par défaut de force musculaire ; elle l'est par un autre mode que vous connaissez, à savoir par défaut de coordination locomotrice. Ce qui est perdu, ici, ce n'est pas la puissance musculaire, c'est la faculté d'employer habilement, utilement, cette puissance, pour la faire servir à des mouvements d'ensemble.

Mais inutile d'insister davantage sur ce contraste bizarre entre l'abolition d'une fonction et l'intégrité des organes destinés à l'accomplir. C'est en cela, vous le savez, que réside la caractéristique de l'ataxie.

Inutile également de vous signaler en détail l'influence exercée sur les malades affectés de la sorte par l'obscurité ou par l'occlusion des yeux. Les yeux ouverts, la station est encore possible et la marche même peut souvent s'accomplir, tant bien que mal. Dans l'obscurité, au contraire, ou les yeux fermés, le malade oscille, est à peine capable de se soutenir et moins encore de marcher. Cette assistance fournie par la vue au maintien de l'équilibre et à la direction des mouvements est un trait bien connu de l'ataxie, et qui se retrouve ici comme dans les cas vulgaires.

Douleurs fulgurantes, anesthésie, incoordination tabétique, telle est la triade des symptômes constitutifs de l'ataxie. A ces symptômes majeurs s'en joignent nombre d'autres que je pourrais citer, si j'avais dessein d'être complet, tels par exemple que les suivants : phénomènes d'anesthésie musculaire ; — troubles de l'appareil génital; diminution, affaiblissement, puis perte des érections; — troubles vésicaux, surtout par incontinence; malade ne sentant plus le besoin d'uriner, urinant sans en avoir

conscience, etc., etc. Mais ces phénomènes et d'autres encore que je passe sous silence n'offrent, à côté de ceux qui précèdent, qu'un intérêt secondaire; de plus ils ne se différencient en rien de phénomènes semblables usuellement observés dans l'ataxie vulgaire. Il me suffira donc de les mentionner d'une façon sommaire.

II.— Ce que nous venons de décrire jusqu'ici, messieurs. constitue le type complet de l'ataxie locomotrice d'origine spécifique.

Or, ce type n'est pas le seul, tant s'en faut, qu'on observe dans la syphilis. Assez communément, au contraire, l'ataxie syphilitique se présente sous les types qu'on a appelés *frustes* ou *incomplets*. De ces types quelques-uns des plus importants méritent une mention spéciale. Ce sont les trois suivants :

1° *Type lombaire* ou *spinal*, dans lequel la maladie reste circonscrite aux parties desservies par la moelle, sans intéresser les nerfs crâniens. Ici donc, rien que des phénomènes morbides portant sur la partie inférieure du corps, la tête restant indemne.

2° *Type céphalique.* — Exactement inverse du précédent. Dans cette forme, symptômes exclusivement circonscrits, ou tout au moins prédominants, à la région céphalique. Ce qu'on observe, par exemple, est ceci : paralysies oculaires, amblyopie ou amaurose tabétique, douleurs fulgurantes céphaliques, sans troubles ou avec troubles relativement minimes vers les membres.

3° *Type oculaire* ou *amaurose tabétique.* — Dans cette troisième forme, les troubles ataxiques se circonscrivent au nerf optique, exclusivement. De la sorte, l'ataxie peut être réduite, au moins pour un certain temps et parfois même pour un temps assez long, à cet unique symptôme, l'amaurose dite tabétique. C'est là, sans doute, un fait sin-

gulier, extraordinaire, mais c'est là un fait bien authentique, dont la réalité, surabondamment établie par un savant maître, M. le professeur Charcot, ne semble pas contestable aux ophthalmologistes les plus compétents.

Je le répète, ces types frustes de l'ataxie, le dernier particulièrement, s'observent dans la syphilis d'une façon assez commune. Je déclare pour ma part les avoir déjà rencontrés plusieurs fois, et cela dans des conditions où il eût été difficile de méconnaître la liaison de tels accidents avec la syphilis.

Mentionnons enfin un ordre de cas tout différents. L'ataxie syphilitique ne se produit pas toujours seule, isolément. On l'a vue s'associer à d'autres déterminations spécifiques vers le système nerveux, succéder à d'autres lésions spécifiques de ce système. C'est ainsi que, sur un de mes malades, elle s'est produite consécutivement à une hémiplégie de nature syphilitique et a été suivie de deux autres crises hémiplégiques. C'est ainsi encore que, sur un second malade, elle a succédé à des phénomènes de paraplégie.

III.

Telle se présente, messieurs, l'ataxie syphilitique.

Or, un fait a dû ressortir, pour vous, du rapide exposé qui précède. C'est que, parmi les nombreux symptômes que je viens de vous énumérer, il n'en est aucun qui appartienne en propre à la syphilis. Rien de spécial, encore moins rien de pathognomonique dans ces diverses manifestations de la diathèse. *L'ataxie syphilitique se présente donc avec les symptômes et l'allure générale de l'ataxie vulgaire;* voilà ce qui ressort de l'observation, au moins

dans l'état actuel de nos connaissances, et aucune contestation ne saurait être élevée contre ce résultat de la clinique.

Remarquez bien, messieurs, ce fait d'une ataxie spécifique se produisant sans symptômes propres, s'offrant à l'observation avec les caractères, les dehors de l'ataxie commune. Remarquez ce fait, car il nous explique pourquoi l'ataxie n'est pas encore considérée comme une conséquence possible de la syphilis, pourquoi elle ne figure encore dans aucun de nos livres classiques comme un accident de la diathèse.

Il n'est pas admissible cependant que l'on ait méconnu jusqu'ici les antécédents syphilitiques qui, dans un certain nombre de cas, préludent aux symptômes de l'ataxie. Cette supposition n'est pas à faire, d'autant que bien au contraire les antécédents spécifiques se trouvent positivement consignés dans maintes et maintes observations, comme je vous le dirai bientôt. Mais si l'on avait reconnu ces antécédents de syphilis dans les commémoratifs de l'ataxie, on ne s'était pas cru autorisé, paraît-il, à tirer de là une conclusion; on s'était borné à enregistrer l'existence d'une syphilis antérieure, sans aller plus loin, sans songer à établir un *rapport de causalité* entre cette syphilis et les antécédents ultérieurs d'ataxie.

Ce rapport eût-il été téméraire, illégitime? Tel l'ont jugé sans doute les auteurs des observations dont je parle, puisqu'ils ont passé outre, puisqu'ils ont écarté comme improbable la possibilité d'une relation pathogénique entre la syphilis et les symptômes de l'ataxie. Quoi qu'il en soit, un fait reste bien certain, c'est que de nos jours l'ataxie syphilitique n'a pas droit de cité dans la pathologie. Pour vous en convaincre, ouvrez vos traités classiques à l'article Ataxie, et voyez ce qui y est dit de la syphilis à propos de l'étiologie. Tantôt la syphilis y est absolument passée

sous silence. Tantôt elle y est signalée, cela est vrai, mais comment, de quelle façon ? Signalée seulement à titre de simple mention et reléguée dans un coin du tableau. Pour qui sait lire entre les lignes, il est évident qu'elle figure là par tolérance et que l'auteur l'a citée pour ne rien omettre, « pour être complet », sans ajouter grande créance à ce rapport étiologique. Quelques pathologistes, je le sais, ont été plus charitables pour elle, M. Marius Carre entre autres, dans son excellente *Monographie de l'ataxie*. Et encore quelle part lui ont-ils faite dans la pathogénie des accidents ataxiques ? D'après M. Carre, la syphilis « ne serait pas plus fréquente que les autres affections vénériennes locales (blennorrhagie et chancre mou) dans les antécédents de l'ataxie. » Et par conséquent, ajoute-t-il, « on peut se demander si elle n'est pas aussi étrangère à la maladie que le chancre simple et la blennorrhagie, si ce n'est pas, en un mot, une coïncidence accidentelle. » Enfin, dans quelques autres livres, vous trouverez bien la syphilis inscrite au chapitre étiologique de l'ataxie, mais inscrite pour y être condamnée en tant que cause, en tant qu'origine possible des accidents tabétiques.

Puis, interrogez surtout le courant d'idées en faveur, le milieu scientifique où nous vivons. Je ne crois pas me tromper en vous disant que l'opinion générale ajoute peu de foi à l'influence de la syphilis sur la production de l'ataxie. Presque tous nos confrères — et j'en ai interrogé beaucoup à ce propos — regardent une telle pathogénie comme « très-hypothétique, très-douteuse, pour ne rien dire de plus, admissible à la rigueur pour un petit nombre de faits particuliers, mais, en tout cas, non démontrée. » Parlons net, on ne croit pas en général à la possibilité d'une ataxie comme symptôme de syphilis.

Il est cependant de nombreuses et solides raisons qui militent, ce me semble, en faveur de l'ataxie d'origine

syphilitique. Mais ces raisons, on les néglige, ou plutôt on les combat par des objections de divers genres, tendant toutes à exclure du cadre nosologique l'ataxie de la vérole. Quelles sont et que valent ces objections? c'est là ce que je dois examiner actuellement.

(*A suivre.*)

NOUVEAU TRAITEMENT DES ÉCOULEMENTS DE L'URÈTHRE, par le Dr MONDOT, ex-chirurgien de la marine, médecin du Dispensaire de Montpellier.

Dans les traitements de l'uréthrite au moyen des injections, il est évident qu'on se propose de modifier seulement la partie malade du canal.

Avec les procédés d'injections ordinaires, on n'est pas maître de la distance à laquelle le liquide injecté pènètre.

La pénétration exagérée de l'injection n'est pas sans danger ; de plus on maintient l'injection dans le canal en fermant le méat entre deux doigts et, par cet accolement de la partie supérieure du canal, on prive du bénéfice de l'injection la partie qui en a le plus besoin.

Pour remédier à ces inconvénients et en même temps pour faire des irrigations de longue durée, chose impossible avec les seringues à injections, j'emploie depuis six ans le procédé suivant :

Une série de canules en ivoire ou en os à jet récurrent, construites sur le modèle de la seringue de Langlebert, de longueurs variables suivant l'étendue du mal et placées à l'extrémité du tube d'un irrigateur quelconque, me servent à faire dans le canal des irrigations.

Les liquides que j'emploie varient depuis l'eau pure jusqu'à l'eau chargée de caustique.

Je n'ajoute pas à la suite de la description de mon procédé une série d'observations ; il y a six ans que je l'emploie avec succès, lorsque je sais approprier à la lésion de l'urèthre le liquide modificateur qui lui convient.

Je ne veux indiquer qu'un procédé nouveau et non pas *une injection infaillible.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE L'INFLUENCE DES MALADIES CONSTITUTIONNELLES SUR LA MARCHE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES, par Paul BERGER.

(Thèse d'agrégation. Section de chirurgie.)

Chargé d'élucider, en un délai de 12 jours, l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques, M. Berger a rassemblé dans une thèse volumineuse, mais très-méthodiquement ordonnée, un grand nombre de faits et de documents. Les lecteurs des Annales nous sauront gré de leur faire connaître les principales conclusions de cette œuvre remarquable.

A) *Scrofule.* — La scrofule, en tant que diathèse, ne paraît avoir d'action que sur la marche de certaines lésions traumatiques affectant les tissus prédisposés, la peau, les synoviales, par exemple; elle y détermine parfois et fréquemment même une perversion du travail inflammatoire consécutif au traumatisme, perversion qui change l'inflammation aiguë en une inflammation chronique de forme spéciale, caractéristique, sinon spécifique.

Mais lorsqu'elle a amené la production d'un état cachectique véritable, lorsqu'elle se complique de phthisie avancée, elle peut retarder, arrêter même, la réparation des plaies étendues, qui demandent une cicatrisation d'une plus longue durée, et cette circonstance peut entrer en

ligne de compte désormais dans les indications chirurgicales.

B) *Herpétisme.* — Cinq cas seulement ont pu être recueillis par l'auteur sur ce point. Deux d'entre eux nous montrent des phénomènes graves précédant l'apparition de l'herpès chez un opéré, et coïncidant avec la névralgie secondaire précoce. Deux autres sont remarquables par l'apparition du cancer épithélial chez les herpétiques, ou son développement sur la plaie de cautère que les malades entretenaient depuis longtemps. Enfin M. Bazin a dit avoir observé à l'hôpital Saint-Louis, sur l'épaule d'un herpétique auquel on aurait posé des ventouses, une éruption de psoriasis survenue quelque temps après l'emploi de ce moyen de traitement.

C) *Arthritisme.* — Chez les goutteux non cachectiques, les lésions traumatiques semblent, dans l'immense majorité des cas, évoluer absolument, ou peu s'en faut, comme chez un individu sain.

Pourtant il arrive fréquemment que le traumatisme, réagissant sur l'état général, détermine une attaque de goutte ; celle-ci se fait le plus souvent au point où la douleur a porté son action ; il modifie alors momentanément la marche des lésions.

Les lésions sous-cutanées, les contusions notamment, prédisposent particulièrement à ces manifestations locales, dans le cas surtout où une articulation est le siége d'entorse et de contusion.

Le caractère douloureux est un des traits principaux de la physionomie que la goutte donne à la marche des lésions traumatiques. La névralgie locale peut être la seule manifestation de l'influence diathésique.

A un degré plus avancé, la maladie générale entrave la réparation des tissus, et l'absence ou la perturbation du

processus régénérateur semble coïncider avec l'apparition d'accès de goutte.

Enfin la cachexie goutteuse, quand elle ne s'accompagne pas de diabète, peut être une cause d'aggravation locale, en facilitant l'extension et l'intensité des inflammations consécutives. Elle est surtout une menace par la certitude où l'on est que des lésions viscérales et une dyscrasie particulière diminuent la force de résistance de l'organisme aux complications qui peuvent survenir dans le cours de toute affection chirurgicale.

Quant au rhumatisme proprement dit, son influence est incontestable sur les lésions des systèmes qu'il tient sous sa dépendance.

D) *Syphilis.* — 1° La syphilis ne trouble pas généralement l'évolution naturelle des plaies.

2° Elle se manifeste quand l'infection s'est produite peu de temps avant le traumatisme.

3° Les plaies, même graves, celles des articulations, ou bien celles qui s'accompagnent de phlegmons profonds, ne sont pas en général influencées par l'existence d'une diathèse spécifique antérieure.

4° Les manifestations de la syphilis, à la suite des traumatismes, sont ordinairement cutanées et s'observent au niveau de la cicatrice, ou bien dans les parties de l'enveloppe cutanée qui sont habituellement atteintes.

Somme toute, dans l'immense majorité des cas, la syphilis, au moins traitée, paraît indifférente à la marche des lésions traumatiques. Cependant, quel qu'ait été le temps écoulé depuis la disparition de toute manifestation diathésique, il importe de prendre quelques précautions, et si une opération est jugée nécessaire, l'on peut donner comme précepte absolu, surtout s'il s'agit d'un cas où l'intervention est peu urgente, ou d'une de ces opérations

plastiques dont le moindre accident rend le résultat déplorable pour le malade et pénible pour le chirurgien, on peut, disons-nous, donner comme précepte, qu'il faut, quelque temps avant de recourir à l'instrument, avoir consolidé en quelque sorte le malade par un traitement approprié à la période de la syphilis à laquelle il est arrivé.

Quant à l'influence de la syphilis sur les fractures et leur consolidation, on peut dire à un point de vue général que la syphilis n'a une action réelle que lorsqu'elle revêt une gravité extraordinaire ; qu'elle peut agir par deux mécanismes différents : soit par viciation de tissu, soit par altération dyscrasique de la constitution.

Cet important travail est complété par l'étude au même point de vue des cachexies, diabète, albuminurie, leucocythémie, scorbut, du cancer, de l'impaludisme et de l'alcoolisme. Ces chapitres particuliers ayant pour la dermatologie et la syphiliographie un intérêt moins direct, nous nous bornons à les signaler. Et, pour terminer, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à l'auteur le résumé qui fera bien comprendre l'esprit dans lequel son œuvre a été conçue : « L'on devra toujours se souvenir que l'opé-
« ration est la partie la moins importante du traitement et
« que l'état général réclame les premiers soins du chirur-
« gien. En l'améliorant on diminuera d'autant l'influence
« funeste que la maladie constitutionnelle peut avoir sur
« la marche ultérieure de la plaie, et l'on augmentera dans
« une notable proportion les chances de succès. »

LOUIS JULLIEN.

APHORISMES SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES, *suivis d'un formulaire magistral pour le traitement de ces maladies*, par le Dr Edmond LANGLEBERT.

M. Langlebert vient de faire paraître une seconde édition

de ses aphorismes. Imprimé avec un grand luxe typographique, enrichi de vignettes pleines d'esprit et d'à-propos, cet ouvrage a retrouvé le légitime succès qui accueillit son printemps.

Écrivant avec une verve toute gauloise, sur le *mal français*, M. Langlebert semble avoir trouvé le secret de ce style plein de finesse et de bonne humeur, apanage des syphiliographes, depuis Vigo et Bétheneourt jusqu'à Ricord et Diday. Du reste, si la langue est gauloise, l'esprit est aussi bien français. Avec quel juste orgueil l'auteur ne rappelle-t-il pas les glorieux titres de notre école ! « Si nos « pères, dit-il, n'ont point inventé la syphilis, la médecine « française a créé la syphiliographie : c'est à elle seule que « revient l'honneur d'avoir fait de cette branche de la « pathologie une véritable science, de lui avoir donné ses « lois, sa constitution, sa place nettement tracée dans « l'ordre nosologique. »

Dans sa forme claire et concise, cet ouvrage répond bien à son titre. Chaque trait y est tracé de façon à frapper l'esprit et à se graver facilement dans la mémoire. Pas d'exposé théorique, pas de discussion. Un bon mot a raison des doctrines suspectes.

Pour rester fidèle à son but, l'auteur répudie (trop énergiquement à notre avis) l'histologie pathologique, le microscope et le *fatras germanique, cette médecine des morts* contre laquelle il appelle une réaction. Aussi bien convenons-nous qu'elle ne pouvait trouver place dans cet ouvrage essentiellement pratique, exclusivement consacré à la *médecine des vivants*.

Ajoutons que dans un formulaire très-complet l'auteur a condensé les résultats de sa longue pratique. Avec de tels éléments de succès ce serait puérilité que de souhaiter une brillante carrière à cette seconde édition. Dans les collections du bibliophile comme de l'homme de science n'est-

elle pas assurée d'aller prendre sa place à côté de la première..., en attendant la troisième ?

Dr Louis JULLIEN.

CLINIQUE DE L'HOPITAL DU MIDI, par Charles MAURIAC, lauréat de l'Institut.

I. *Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de* 1870-1871.

II. *Rareté actuelle du chancre simple.*

I. — Il n'est pas de congrès, pas de société savante qui n'ait pris à cœur de s'imposer l'étude des moyens propres à faire disparaître les maladies vénériennes. Aidée peut-être par les douloureuses circonstances que nous venons de traverser, cette grande croisade porte aujourd'hui ses fruits. Une diminution sensible s'est produite dans le nombre et la gravité des maladies vénériennes. Ce fait était remarqué de tous ; mais autre chose est d'entrevoir une vérité, autre chose de la mettre clairement en évidence.

C'est M. Mauriac qui s'est chargé dans ses intéressantes cliniques de donner à ce fait la consécration scientifique. La tâche exigeait autant de sagacité que de labour. Il ne s'agissait pas uniquement en effet d'entasser les documents administratifs et scientifiques. Leur contrôle, leur discussion exigeaient en outre un travail critique considérable et la mise en lumière d'un grand nombre de circonstances secondaires susceptibles d'égarer l'interprétateur. Disons immédiatement que l'auteur a pleinement réussi et, d'un travail qui pour tout autre n'eût été que l'aride et monotone constatation d'un fait, a su faire une œuvre véritablement originale, également précieuse au point de vue de la clinique et de la démographie.

Il suffit de jeter les yeux sur les registres de l'hôpital du Midi pour constater, soit parmi les consultants, soit parmi les entrants, une diminution progressive considérable. C'est à partir de 1870 qu'elle a commencé à se produire, sous l'influence des terribles événements de cette année ; elle atteignit son maximum en 1871 et depuis s'est continuée jusqu'aujourd'hui. Pendant les trois années et demie qui ont précédé la guerre, le total des consultants atteignit, en chiffres ronds, 91,011. Pour les trois années et demie qui l'ont suivie, il n'est plus que de 70,000. Différence, 20,000.

Dans les chambres payantes la décroissance est plus accusée encore. De 1,074 pour le même laps de temps, leur nombre est tombé à 700 avec un déficit de 374.

Tel est le fait brut. Restait à en rechercher les causes.

La première qui se présente à l'esprit, c'est la diminution qui paraît s'être faite depuis 1870 dans la catégorie des habitants de Paris chez lesquels se recrutent les malades du Midi. Mais, en s'appuyant sur des chiffres, M. Mauriac établit que cette diminution a frappé particulièrement les quartiers du centre, c'est-à-dire les quartiers riches, et que les arrondissements de la périphérie, composés en grande partie d'ouvriers, subissent au contraire un mouvement d'accroissement considérable, surtout depuis 1874.

M. Mauriac ne néglige pas de tenir compte de l'appauvrissement relatif de chacun. Quelque impérieuses que soient les passions, celles dont les maladies vénériennes sont la conséquence ont dû subir le joug de la nécessité. Le commerce sexuel subit une crise comme tous les autres.

Mais la circonstance qui paraît avoir joué le rôle le plus considérable, c'est l'assainissement progressif de la prostitution. D'année en année, depuis 1867, le personnel des filles en carte s'est accru et celui des clandestines a été

diminué par les arrestations de plus en plus multipliées. Comptons avec cela que la force des circonstances a obligé nombre de filles insoumises à quitter un métier plus précaire et moins lucratif qu'avant la guerre, et nous aurons vraisemblablement une partie de l'explication que nous cherchons.

M. Mauriac pousse plus loin encore l'analyse. Son investigation ne laisse dans l'ombre aucune des circonstances de la vie individuelle. Après nous avoir fait voir le Parisien plus appauvri et moins exposé que par le passé, il nous le montre plus moral, en introduisant dans ces recherches un nouveau facteur : la fréquence des unions légitimes. Or depuis le 1er janvier 1872, il y a eu chaque année à Paris 1,500 mariages de plus que pendant les trois années de 1867, 68, 69. Il est vrai que ce fait est principalement marqué pour les quartiers riches. Il n'en a pas moins sa valeur : car, de l'avis de presque tous les spécialistes de la capitale, la diminution des maladies vénériennes est peut-être plus accusée encore dans les classes moyenne et élevée que dans la classe pauvre.

Armé de toutes ces données M. Mauriac suppute, en terminant ces considérations numériques, quel tribut Paris paye chaque année à la vérole. C'est à regret que je me vois forcé de passer les calculs fort ingénieux par lesquels le spirituel professeur arrive à établir que le nombre annuel des syphilis contractées à Paris est de 4,500 à 5,000.

Mais ce n'est pas seulement sous le rapport du nombre que les maladies vénériennes ont subi une évolution favorable ; leur intensité paraît aussi s'être singulièrement amendée. Ce fait est surtout évident depuis une vingtaine d'années. Les syphilis graves malignes, qui précocement couvrent le tégument d'éruptions gangréneuses, phagédéniques, qui altèrent le système osseux, et désorganisent les viscères, sont devenues bien rares aujourd'hui. Les formes

sèches les plus atténuées et les plus superficielles des manifestations syphilitiques, soit sur la peau soit sur les muqueuses, constituent l'immense majorité des vénériens, soit à l'hôpital soit à la ville.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à mesure qu'elle diminue d'intensité, la vérole augmente de fréquence. Elle gagne en diffusion ce qu'elle perd en force. Ne serait-ce pas là une raison de plus à faire valoir en faveur de la diminution notée plus haut ? Les chiffres en effet ne portent que sur les vénériens qui s'adressent au médecin; mais si la maladie gagne en bénignité, le nombre de ces derniers peut diminuer, sans qu'il soit prouvé que le nombre absolu des vénériens diminue ou même n'augmente pas.

II. — La deuxième leçon est consacrée à l'examen de la fréquence relative entre les diverses maladies vénériennes. Un fait du plus haut intérêt en ressort : c'est la diminution, la presque disparition du chancre simple, coïncidant avec l'augmentation du chancre syphilitique.

En 1837-1838 le nombre des chancres indurés constituait le quarantième des consultants; en 1869-1870, ils en sont le treizième.

Il y a trente-cinq ans le chancre simple était à l'induré comme 15, 20, 30 sont à 1, tandis qu'en 1869 il était comme 1 est à 2, et en 1874 comme 1 est à 6, 5.

Chose singulière, ce mouvement général de décroissance subit un temps d'arrêt pendant le deuxième semestre de 1870; bien plus, l'inverse se produit : une véritable avalanche de chancres mous s'abat sur Paris. Ils représentent alors, non plus le huitième des maladies totales comme en 1869, ni le dix-neuvième comme en 1875, mais le tiers !

Bien des causes nous rendent compte de ces faits. C'est dans la nature du chancre simple et les effets par lesquels il se manifeste sur l'organisme qu'il convient de les cher-

cher. Et d'abord il est l'effet immédiat d'une cause bien définie, unique, et cette cause on peut la prendre en flagrant délit, et en faire sûre et prompte justice.

En outre il y a dans cette ulcération quelque chose d'extérieur, de superficiel, de facile à voir et à découvrir, qui peut mettre plus facilement à l'abri de ses atteintes, quand on se tient sur ses gardes. Inversement, ceux qui en sont atteints ne restent pas longtemps sans le savoir, etc.

Mais par-dessus tout il faut noter la vigilance plus active et plus intelligente de la police sanitaire. L'auteur établit en effet, par les calculs les moins équivoques, que les filles soumises à la surveillance de la police communiquent à peu près quatre fois moins de chancres simples que celles qui constituent la prostitution clandestine. Par conséquent plus on diminuera le chiffre des insoumises, plus on augmentera celui des soumises, et plus on fournira de garanties contre la contagion du chancre simple. Une fois appréhendé en effet, il ne peut nous échapper, ni dans le présent ni dans l'avenir.

Quant à l'abondance de chancres simples qui s'observa en 1870, on peut l'attribuer en grande partie à l'importation de la province, puis à l'incurie, à la promiscuité, au relâchement forcé de la surveillance sanitaire, à l'absence de soins hygiéniques locaux, à la difficulté du traitement, etc.

M. Mauriac compare en terminant les résultats de la contagion syphilitique avec ceux de la contagion chancreuse et conclut ainsi :

A) L'infection syphilitique est six fois et demie plus fréquente avec les prostituées libres qu'avec les inscrites. La contagion chancreuse est quatre fois plus fréquente avec les premières qu'avec les secondes. La prostitution inscrite offre donc moins de garanties contre le chancre simple que contre la syphilis.

B) Les deux classes de prostituées soumises, comparées

entre elles sous le rapport de la contagion syphilitique et de la contagion chancreuse, se trouvent sur le même pied d'égalité vis-à-vis de la seconde ; mais vis-à-vis de la seconde, les filles en maison offrent une fois et demie plus de garanties que les filles en carte.

La prostitution inscrite fournit un contingent de contagion chancreuse relativement beaucoup plus considérable que celui qu'il donne à la contagion syphilitique.

Se demande-t-on pourquoi l'on trouve relativement plus de chancres mous chez les filles soumises que chez les insoumises, voici l'explication proposée par M. Mauriac : La femme en maison est forcément la proie de ce qu'il y a de plus rebutant et de moins scrupuleux parmi les catégories les plus infimes de la débauche et du libertinage. Or c'est dans ces bas-fonds que se plaît le chancre mou, c'est sur ce fumier qu'il prospère, croît et se multiplie. Cet ignoble et sale ulcère est véritablement la plus crapuleuse des maladies vénériennes ; c'est une honte pour la civilisation que son existence : n'avons-nous pas la possibilité de le détruire, comme on détruit une vermine et toutes les engeances parasitaires qui se fixent sur la peau ?

Par cette imparfaite esquisse, puissent nos lecteurs avoir reconnu cet esprit vraiment scientifique dont les nombreuses publications de M. Mauriac portent l'empreinte. Si cette appréciation scrupuleuse de toutes les circonstances qui se rattachent à un fait, si cette science des détails sont fécondes pour le clinicien, elles ne le sont pas moins pour le statisticien et l'hygiéniste. Aussi féliciteront-ils l'auteur, en abordant des questions plus générales, d'être resté dans cette voie féconde de l'analyse, où l'observation clinique l'a conduit, et où nul ne l'a dépassé.

Dr Louis Jullien.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HERPÈS, par M. Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

« La plupart des travaux originaux sur la question ont été faits à un point de vue spécial et sur une variété à l'exclusion des autres. »

Pour répondre à ce besoin, l'auteur cherchera au contraire à « considérer l'herpès d'ensemble. » Il se trouve donc amené à se demander si « entre l'herpès localisé, entre l'herpès vulgaire et le zona, il n'y a pas un lien, une analogie, non pas seulement dans la lésion anatomique, mais dans la pathogénie de cette lésion. »

Laissant de côté le zona, l'auteur adopte la division suivante qui paraîtra naturelle, si l'on se rappelle que c'est à l'hôpital de Lourcine qu'ont été faites les observations :

L'herpès est génital ou extra-génital.

Après avoir renvoyé au travail de M. Doyon, l'auteur décrit l'herpès cutané des parties génitales de la femme, et il insiste tout particulièrement, avec son maître M. A. Fournier, sur cette érosion « à bords irréguliers, polycycliques, ou mieux encore microcycliques, » qui peut parfois atteindre des proportions inouïes ! « herpès monstre, » de M. Fournier.

Le diagnostic avec les chancres mou ou infectant est classique ; il n'en est pas de même du diagnostic de l'herpès et des syphilides.

« Quels signes aurons-nous donc pour faire le diagnostic ?

« 1° Le décollement épidermique sur les bords de l'érosion et la concomitance de vésicules dans les régions voisines ;

« 2° Le contour à petits segments polycycliques, qui persiste toujours en certains points sur les bords de l'ulcération. »

L'herpès présente de plus les caractères suivants : les ganglions sont plus rares, plus douloureux ; l'herpès s'accompagne de démangeaisons, de prurit, etc. ; il apparaît brusquement et guérit de même ; sa cicatrisation est plus rapide ; tous signes et caractères qui le différencient essentiellement des syphilides.

Parmi les variétés d'herpès des muqueuses se trouvent signalés l'herpès vaginal et l'herpès intra-anal, variétés qui n'avaient pas été indiquées encore ; enfin une observation d'herpès du col complète le tableau de l'herpès génital.

L'herpès extra-génital offre moins d'intérêt. Signalons cependant l'herpès de la conjonctive, et une belle observation d'herpès généralisé fébrile, reproduisant exactement la marche qu'a indiquée M. Coutagne.

Le pronostic est variable. En lui-même il n'est rien; mais si l'herpès se répète pendant 3 ou 4 ans, chaque mois, ou même à chaque rapport sexuel, ce sera « une cause incessante d'inquiétudes, de perplexités ; pour certains malades même la cause d'un véritable désespoir. »

Arrivant enfin à l'étiologie, l'auteur fait bon marché des prétendues épidémies d'herpès et des cas de contagion que l'on a signalés. Quant à l'inoculation, il a cherché à contrôler les expériences de M. Douaud, et les huit inoculations qu'il a pratiquées ou vu pratiquer ont été négatives.

En somme sur 34 cas, les causes suivantes ont été notées : chancre infectant, 6 ; syphilides vulvaires, 2 ; traumatisme, 1 ; accidents névralgiformes, 10 ; les règles, 10 ; les excès de boisson, 2 ; la fièvre, 2. Enfin la syphilis comme accidents de période secondaire « est notée dix fois dans nos observations. »

L'auteur insiste particulièrement sur les douleurs et les états nerveux qui accompagnent les règles, la syphilis, et pour lui comme pour M. Parrot « c'est par le système

nerveux que sont reliés entre eux ces états morbides en apparence si dissemblables. »

Du zona à l'herpès fébrile il y a une série naturelle de faits que M. Dreyfous classe de la façon suivante :

« I. Faits dans lesquels la relation entre les troubles nerveux et l'éruption est évidente. L'herpès occupe la même région que la douleur : *zona*.

« II. Faits dans lesquels la relation entre les troubles nerveux et l'éruption est moins directe et moins démontrée. Ce n'est pas le point même où siége la douleur qu'occupera l'herpès. *Herpès utérin et vulvaire* après des douleurs *lombaires et hypogastriques ; herpès du gland après des douleurs dans les cuisses*, etc.

« III. Faits dans lesquels la relation entre les phénomènes nerveux et l'éruption est indirecte. Le siége est indifférent : l'herpès peut siéger partout. *C'est l'herpès qui accompagne les émotions, la fièvre, l'embarras gastrique, la pneumonie, les troubles menstruels, la syphilis*, etc. »

Enfin M. F. Dreyfous conclut en disant, avec M. A. Fournier : « L'éruption herpétique est en relation avec un état morbide des troncs ou des centres nerveux. »

REVUE DES JOURNAUX

DES MALADIES COMMUNES DE LA PEAU CHEZ LES ENFANTS, par le Dr Alfred WILTSHIRE, M. R. C. P. Lond., etc.

(Suite et fin).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DE LA PEAU D'ORIGINE INFLAMMATOIRE.

Dans les remarques précédentes, nous avons essayé d'attirer l'attention sur l'avantage et l'importance qu'il y a à faire d'une prédisposition particulière à chaque individu l'élément principal dans les maladies cutanées d'origine parasitaire. Nous voudrions maintenant faire voir le profit qu'on aurait à attribuer à la seconde classe (eczéma, impetigo, érythème, intertrigo) un caractère inflammatoire qui domine chacune de ces formes, lesquelles ne sont, à vrai dire, que des variétés de la dermatite, et diffèrent plutôt par leur siége et leur degré que dans leur essence même. M. Hutchinson dit que « l'eczéma est bien plutôt un symptôme qu'une maladie, » et l'on peut, à bon droit, en dire autant de l'impetigo, de l'érythème et de l'intertrigo.

Ce sont là des maladies inflammatoires de la peau, et les noms qu'elles ont reçus tiennent aux physionomies diverses qu'elles sont censées représenter.

Nous ferons bien, nous semble-t-il, de commencer par l'érythème et l'intertrigo, qui nous paraissent les degrés

les plus simples de la dermatite. Nous pouvons les embrasser dans la même description, parce qu'elles coexistent souvent, surtout au voisinage des fesses et des aines.

On désigne sous le nom d'intertrigo ou érythème intertrigo une forme de l'affection dans laquelle domine l'élément intertrigineux, et nous ne faisons aucune objection à cette manière de voir, pourvu que l'on ait présentes à l'esprit les différences qui séparent l'intertrigo de l'érythème ordinaire.

L'*érythème* consiste dans une rougeur diffuse de la peau, accompagnée d'un sentiment de chaleur plus ou moins prononcé; il peut siéger sur toutes les parties du corps. Forme subaiguë de la dermatite, il reconnaît pour cause une irritation extérieure, produite par l'urine, les fèces, ou une sécrétion anormale, surtout chez les enfants. Il se montre lorsque deux surfaces opposées de la peau sont dans un contact continuel, sans que le lavage vienne les débarrasser de leur sécrétion naturelle. On le trouve donc principalement aux points de flexion des membres et dans les plis de la peau : les enfants chargés d'embonpoint y sont sujets en particulier. Il se présente parfois d'une manière diffuse sur les fesses des tout jeunes sujets; mais alors il reconnaît pour cause la négligence de la mère ou de la nourrice à changer les langes de l'enfant. Une autre cause très-fréquente réside aussi dans la pratique malpropre qui consiste à réenvelopper l'enfant dans les linges qui n'ont été souillés que par l'urine ou par des matières fécales en petite quantité. Cette malpropreté se montre surtout dans la basse classe : les langes imprégnés des sels provenant de l'urine irritent fortement les fesses et les cuisses du jeune malade. Il peut résulter aussi d'un lavage trop prolongé au savon, surtout quand c'est un savon grossier. On le voit encore apparaître dans les catarrhes intestinaux accompagnés de fièvre, et même dans beaucoup de

maladies chroniques de l'enfance. Le plus habituellement, l'érythème siége, chez le nouveau-né, sur les fesses, les cuisses, les environs de l'anus et les organes génitaux; chez les enfants plus âgés, au point de flexion des membres, aux plis du cou, etc. D'ordinaire, quand l'érythème est chronique et qu'il se montre aux hanches, si l'on vient à presser avec le doigt la surface érythémateuse, on détermine une tache déprimée d'un blanc jaunâtre, qui reprend lentement sa coloration rouge foncé. Il est rare que l'érythème simple entraîne de la démangeaison.

Comme traitement, améliorons avant tout l'état général, et tâchons de corriger l'âcreté des sécrétions. Ainsi, quand il y a de la constipation, une dose de rhubarbe rendra grand service. On emploie aussi les toniques.

Localement, on devra user de la plus exquise propreté. Pour les ablutions, on aura recours à la pâte d'amandes ou à la farine d'avoine étendues d'eau. On n'emploiera que du linge fin. On recouvrira les parties malades d'un mélange de poudres de bismuth et d'amidon; si la peau a de la tendance à se fendiller, un mélange de bismuth et d'oxyde de zinc finement pulvérisé sera maintenu en place au moyen d'un morceau de mousseline; de temps à autre aussi la poudre de lycopode trouvera son emploi; du lait caillé, obtenu en versant de la liqueur plombique sur du lait frais, est un remède très-adoucissant.

L'*intertrigo* n'est réellement qu'une forme exagérée de l'érythème, forme qui a été jusqu'à la destruction des tissus, et a laissé après elle une ulcération plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, parfois très-sérieuse et très-grave. Nous avons vu nous-même de ces graves lésions siéger aux deux aines, et ne résulter que de la négligence, chez des enfants bien portants et bien nourris d'ailleurs, mais abandonnés à la plus insigne malpropreté. On peut donc dire que l'intertrigo est une affection qu'en-

gendre toujours la négligence. Lorsque deux plis de la peau sont maintenus en contact, sans qu'on enlève par le lavage la sécrétion naturelle qui les imbibe, après une certaine période de temps dont la durée varie avec la constitution du sujet, durée très-courte chez les individus scrofuleux, on voit apparaître une rougeur érythémateuse, accompagnée en général d'un degré assez prononcé de miliaire. Si la négligence ne cesse pas, il se forme une ulcération, et l'on aperçoit une sorte de fissure à bords tranchés. Presque toujours alors, il y a un engorgement ganglionnaire, et il peut arriver que la plainte seule de l'enfant éveille l'attention de celui qui le soigne. On se trouvera toujours bien d'inspecter soi-même les points de flexion des membres chez les enfants dans toutes les maladies : car l'érythème, et en particulier la forme intertrigineuse, passe souvent inaperçu, même pour ceux qui ont charge de veiller sur ces petits êtres. C'est surtout chez les enfants chargés d'embonpoint que se montre l'intertrigo, et il est à noter que la sécrétion qu'il produit ne donne pas lieu à des croûtes, comme cela se voit dans l'impetigo.

Cette maladie cède dans le plus grand nombre des cas à un traitement local. Le principe absolu à suivre est d'isoler les surfaces en contact. Ce seul moyen, avec de la propreté, suffira dans certains cas. Mais, dans les cas rebelles, il faudra avoir recours à des onctions à l'oxyde de zinc. En outre, on isolera avec grand soin les deux surfaces de la peau, en les séparant au moyen du pansement. Certaines formes d'érythème, caractérisées par des sécrétions d'une nature très-irritante, moins faciles à guérir que l'intertrigo, réclameront l'adjonction du traitement général. De temps à autre, on aura besoin d'user d'applications stimulantes, telles que les lotions camphrées, le plomb et l'opium, l'acide nitrique et l'opium, le tartrate ferrico-potassique, etc.

L'*eczéma* est l'affection de la peau de beaucoup la plus commune et la plus importante.

Le point capital, dans cette maladie, à étudier est sans contredit l'anatomie pathologique. Nous avons là affaire à une dermatite, ou inflammation de la peau; on l'a comparée à ce mode d'irritation des muqueuses connu sous le nom de catarrhe. « L'inflammation se limite aux couches superficielles de la peau, et s'accompagne d'une exsudation séreuse à la surface libre de cette membrane, » dit Niemeyer. Beaucoup de gens, sans posséder des idées bien arrêtées sur ce sujet, s'imaginent qu'il existe des relations précises entre les éruptions d'eczéma et certaines lésions intérieures. Pour nous, qui y voyons deux processus morbides analogues l'un à l'autre, et qui les attribuons tous les deux à une inflammation accompagnée d'exsudation séreuse, nous arrivons à une notion plus claire de leur véritable parenté.

D'accord avec Trousseau, le Dr Duclos, de Tours, attribue ce qu'il appelle « l'asthme continu » à une éruption eczémateuse siégeant sur la muqueuse bronchique : il affirme qu'il la traite avec succès au moyen du soufre. L'eczéma peut apparaître ou régner seul, comme dans le cas de prédisposition constitutionnelle, ou bien, comme nous l'avons vu dans la gale, il s'adjoint et se surajoute à une autre affection de la peau, dont il n'est que l'épiphénomène. C'est alors qu'il peut masquer la maladie primitive, et rend le diagnostic difficile à ceux qui ne sont pas suffisamment familiarisés avec cette éventualité.

Comme le catarrhe, il peut puiser son origine au dedans, par exemple dans des dyscrasies constitutionnelles ou une obstruction veineuse, ou au dehors dans des irritants divers, tels que la chaleur, l'acare, le mercure, le soufre, etc. L'eczéma est caractérisé par une vésicule; mais, grâce à sa petitesse et à la facilité avec laquelle elle

se rompt, on l'aperçoit rarement. On rencontre d'ordinaire un suintement plus ou moins considérable de liquide âcre, à réaction alcaline et à odeur particulière; mais quelquefois il sèche, ou il est si peu abondant qu'on ne rencontre que des écailles sèches.

Comme l'eczéma se présente sous des aspects très-divers, on lui a donné un grand nombre de dénominations, en croyant que chacune d'elles indiquerait une forme particulière de l'affection; mais cette méthode, n'ayant pas de base scientifique, a eu pour effet de tout confondre, et de bourrer l'esprit de termes tout à fait inutiles. Le mieux est de voir, dans cette maladie, une inflammation, et d'en considérer les diverses formes comme des variétés dues au siége, à l'étendue du mal, à des circonstances étrangères et non essentielles.

Les discussions sur le siége précis de l'eczéma n'ont pas manqué. Niemeyer, comme nous venons de le voir, veut que « l'inflammation soit limitée aux couches les plus superficielles de la peau ; » Biett en plaçait le siége dans la membrane vasculaire d'Eichorn; Cazenave et Bazin le mettent dans les glandes sudoripares. Pour Hardy, tous les éléments constitutifs de la peau seraient pris à la fois.

L'observation clinique nous pousse à considérer l'éruption suivie d'une exsudation séreuse (eczéma) comme une inflammation des parties superficielles de la peau, sauf dans les cas chroniques, où tous les éléments de l'enveloppe cutanée peuvent devenir le siége d'hyperplasies. Quant à celle qui s'accompagne d'une sécrétion purulente ou séro-purulente (impetigo), nous y voyons une inflammation des couches profondes. Cette opinion explique fort bien, selon nous, pourquoi on ne rencontre presque jamais d'engorgement ganglionnaire dans l'eczéma aigu ou chronique, tandis que c'est la règle dans l'impetigo, quelque courte qu'en soit la durée. Il faut noter aussi que la réaction des li-

quides respectifs est différente : alcaline dans l'eczéma, acide dans l'impetigo. Est-il possible que cette différence soit due à cette diversité de tissus, et que l'acidité de la sécrétion dans l'impetigo provienne de l'extrême sensibilité du système lymphatique? Par parenthèse, nous dirons que cet acide appartient probablement à la série des acides gras. Ressemblant en cela au catarrhe, l'eczéma est plutôt une maladie en surface qu'en profondeur.

Comme nous l'avons dit, une diathèse constitutionnelle exerce une influence marquée sur la production de l'eczéma. Ainsi, les enfants scrofuleux y sont très-sujets, aussi bien qu'au catarrhe des muqueuses. Les malades atteints de scrofule ont une tendance très-marquée aux affections des épithéliums, extérieurs ou internes; de là les rapports qui existent entre l'eczéma et certaines affections des organes internes, telles que la bronchite, l'entérite, la gastrite, etc. Le rachitisme prédispose aussi à l'eczéma. D'un autre côté, on rencontre souvent des cas où le malade est affecté de poussées sérieuses d'eczéma, bien que jouissant d'une santé parfaite. Il faut invoquer alors un vice constitutionnel propre, auquel il suffit d'une excitation légère pour provoquer une éruption. Nous pensons que la présence, dans une famille, d'ancêtres goutteux est une prédisposition importante, surtout si la scrofule est venue y ajouter son action. Il faut vraiment avouer que les rapports ou les affinités pathologiques de l'eczéma offrent un singulier intérêt.

Hardy, comme Hebra, prétend que le cancer est commun chez les eczémateux. Bazin va plus loin encore, en disant que le cancer est la terminaison naturelle de l'eczéma. C'est Hebra, croyons-nous, qui insiste sur ce fait que le cancer utérin est fréquent après l'eczéma.

Peut-être pouvons-nous affirmer, sans craindre de nous tromper, que l'eczéma chez les enfants est secondaire à

un état constitutionnel. L'oxalate de chaux se montre d'ordinaire dans l'urine des enfants eczémateux ; il indique assez une perversion de certaines fonctions normales.

Dans l'eczéma, qui se distingue en cela de l'érythème, il y a beaucoup de démangeaison ; celle-ci entraîne un très-vif désir de se gratter : si on cède à cette invitation, on ne manque guère d'aggraver la maladie. Il est très-curieux de voir qu'un eczéma, aigu ou chronique, n'entraîne pas d'habitude l'engorgement des ganglions voisins : c'est là un fait clinique d'un certain intérêt ; d'après nos observations, il est presque invariable.

Comme nous l'avons déjà indiqué, il provient sans doute de ce que l'inflammation siége uniquement dans la couche papillaire la plus superficielle. Dans l'impétigo (et peut-être dans certains cas d'eczéma suraigu), où les couches profondes du chorion sont prises, nous voyons bien vite apparaître l'engorgement ganglionnaire.

L'eczéma est l'affection la plus commune de la peau du crâne avant et pendant la période de la première dentition. Peut-être ses siéges les plus ordinaires sont-ils la face et la tête, où il n'apparaît que d'une façon partielle. Les enfants scrofuleux sont sujets à l'eczéma qui se montre sur les endroits de flexion des jointures. Mais la maladie peut aussi se généraliser ; et, dans ces cas, elle constitue parfois une affection sérieuse et inquiétante.

D'après nos observations, voici quelle serait la fréquence d'apparition d'une éruption de cet ordre due à des causes constitutionnelles : l'un des côtés de la face, ou les deux à la fois ; la face et la tête ; le point de flexion des membres ; puis vient l'éruption générale, improprement ainsi nommée : car il est rare que certains points du corps n'y échappent point. Mais il ne faut pas oublier que, même dans les cas où la maladie reconnaît pour cause un vice constitu-

tionnel, des irritations locales peuvent amener de l'eczéma au visage et l'y entretenir.

De même que dans d'autres maladies, la symétrie indique plutôt une origine constitutionnelle. Lorsque la cause est purement locale, comme par exemple la démangeaison, l'eczéma se montre presque toujours sur les parties les plus délicates de la peau. Dans les cas d'eczéma chronique ou invétéré, la peau s'épaissit et s'indure par suite de dépôts inflammatoires; mais ce fait est rare chez les enfants.

L'observation de tous les jours apprend que les affections eczémateuses de la peau alternent souvent avec des désordres du côté des organes internes; ainsi la suppression d'une éruption s'accompagne de toux ou de diarrhée, ou d'une autre manifestation quelconque. Chacun sait également que l'eczéma se montre chez certains enfants lors de l'apparition des dents; il en est de même pour la toux ou la diarrhée de la dentition. On devra donc examiner les gencives. Une nourriture mauvaise ou insuffisante est quelquefois une cause efficiente d'eczéma chez les jeunes enfants, et l'on ne saurait être trop attentif sous ce rapport.

Nous croyons intimement que, dans certains cas, les matières sucrées ou saccharines sont très-nuisibles, tandis que, dans d'autres, c'est une alimentation trop fortement azotée qu'il faut incriminer. A Londres, peut-être le premier excès est-il le plus fréquent.

Il n'est pas de maladie de la peau où les ressources du praticien aient plus besoin de se montrer, et peu d'autres qui l'approchent sous ce rapport.

On échouera dans le plus grand nombre des cas si l'on adopte un traitement routinier, toujours le même. D'après les considérations qui précèdent, nous pouvons diviser les variétés d'eczéma en deux ou trois groupes. Ainsi, il y a les eczémas de causes constitutionnelles, subdivisés en

deux classes : avec santé générale mauvaise, avec santé générale conservée. Puis il y a ceux qui reconnaissent des causes purement locales, externes ou internes: la piqûre de l'insecte de la gale, l'action d'un irritant, l'évolution d'une dent, l'ingestion d'un aliment indigeste.

Il faudra donc différencier, avant de tracer un traitement; ici nous distinguerons le traitement général et le traitement local :

Quand la santé générale est compromise et que la nutrition se fait mal, en premier lieu, on s'occupera du régime. On écartera tout ce qui provoquerait de l'urticaire, surtout le sucre et les aliments hydrocarbonés : car la démangeaison qui accompagne cette petite éruption aggrave beaucoup l'eczéma. On emploiera l'eau de chaux coupée avec du lait, le bon bouillon et le thé de bœuf.

Les toniques seront nécessaires pour ouvrir l'appétit, et d'autres médicaments activeront la digestion. Le vin chalybé, l'huile de foie de morue, et la quinine, sagement administrée, rendront de grands services. Le bromure de potassium sera donné quand il y aura de l'agitation et de l'insomnie.

Le chloral, craignons-nous, amène de la démangeaison à la peau; mais il sert quelquefois. Si l'on trouve de l'oxalate de chaux dans l'urine, on aura recours à l'acide nitromuriatique et au quinquina. Dans certains cas, le sirop d'iodure de fer réussit merveilleusement ; on peut l'alterner avec les autres modes d'administration du fer, ou avec les acides. Chez les enfants noués ou mal nourris, on veillera avec soin sur les garde-robes. La rhubarbe, la soude et la poudre grise auront aussi leurs succès.

Quand la santé générale paraît bonne, il faut adopter une autre ligne de conduite. Ici, on devra surveiller attentivement le régime : car on se tromperait en laissant com-

mettre des excès de nourriture, et principalement pour les substances hydrocarbonées.

Les lithates et l'oxalate de chaux que l'on trouve dans l'urine indiquent l'emploi de la potasse ou de la lithine, ainsi que celui de l'acide nitro-muriatique. A l'occasion, une purgation de calomel et jalap, ou de soufre, sera très-utile. La décoction d'orge ou de houblon a d'excellents effets, dans certains cas. On pourra encore recourir à l'opium et à la belladone. C'est dans les eczémas à longue durée que les préparations d'arsenic rendent de vrais services, quand on a affaire à un vice constitutionnel et que la santé générale est peu affectée.

Veiel estime l'arsenic très-utile dans les affections cutanées qui s'accompagnent d'infiltration de la peau, comme c'est le cas dans l'eczéma invétéré. Lorsque l'on soupçonne la diathèse syphilitique, la solution de Donavan devient un excellent remède. Dans quelques cas rares, les cantharides réussissent ; mais elles exigent de grandes précautions et n'offrent que des applications restreintes. Nous en usons très-rarement.

De temps à autre, on aura un succès par l'antimoine, qui paraît indiqué chez les enfants bien nourris, à chairs fermes, à peau rude.

Il n'y a peut-être pas de maladie de la peau où l'on ait conseillé plus d'applications locales que dans l'eczéma ; aussi l'importance de certaines d'entre elles a-t-elle poussé à croire qu'on pouvait guérir la maladie en n'employant pas autre chose. Telle est l'opinion d'Hebra, et de certains autres maîtres sur le continent ; quant à nous, nous ne saurions partager cette manière de voir. Nous croyons que le succès sera bien plus assuré par une sage combinaison des deux méthodes ; pourtant les résultats du traitement purement local sont parfois remarquables, et nous l'employons dans certains cas.

Notre premier soin, en fait de traitement local, est d'apaiser l'inflammation. Dans ce but, nous prescrivons les lavages à la pâte d'amandes et à la farine d'avoine additionnées d'eau. Règle générale, le savon est proscrit. On pourra substituer à l'eau simple la décoction de pavot ou de guimauve ; mais la farine d'avoine ne devra jamais être portée à l'ébullition. Après ces lavages, on se laissera guider par les indications, pour l'emploi des autres moyens. Ainsi, quand l'irritation et l'exsudation sont très-prononcées, on calmera la peau en la saupoudrant d'oxyde de zinc ou de nitrate de bismuth. On trouvera aussi avantage à adjoindre au mélange précédent de la poudre de tannin, ou à ajouter celui-ci à la poudre d'amidon. Le glycérolé de tannin est un précieux médicament. Mais les matières grasses ne conviennent pas à toutes les peaux, ce qui peut être dû à la décomposition que subissent ces graisses en présence d'une exsudation alcaline. Peut-être, dans toutes les éruptions eczémateuses, rien n'égale-t-il les onctions au précipité blanc, combinées avec les onctions au benjoin. Nous n'en n'avons jamais vu que de bons résultats, même après un emploi prolongé. Les préparations de goudron ont quelquefois un heureux effet, sans doute dans les cas chroniques qui s'accompagnent d'épaississement de la peau. Les lotions qui contiennent du plomb satisferont souvent : combinées à la morphine ou à l'acide cyanhydrique, elles auront leur utilité, mais non chez les enfants. Les lotions à la glycérine ont quelques bons effets ; mais d'ordinaire, elles sont douloureuses : cela vient de l'affinité qu'éprouve la glycérine pour l'eau qu'elle emprunte aux tissus vivants.

Les lotions au carbonate de soude et au borax avec un peu de vin d'opium conviennent bien. Dans les eczémas aigus, mais limités, le lait caillé, obtenu par l'addition au lait frais de liqueur plombique, amènera du soulagement.

Il en sera de même des onctions au calomel, quand la maladie siége aux environs de l'anus. Lorsque les mains ou les paupières sont prises, l'onguent citrin est utile.

Le glycérolé de tannin agit merveilleusement dans certains cas ; on l'étend avec un pinceau.

Quelquefois, il faut attacher les mains des jeunes enfants atteints d'eczéma à la face, pour les empêcher de se gratter ; sans quoi, ils aggraveraient et éterniseraient leur maladie.

Il est hors de doute maintenant, que la disparition de l'eczéma s'accompagne parfois de bronchite, et les mères ont toujours peur des conséquences fâcheuses qu'entraîne la cure radicale des maladies cutanées. On devra alors prendre bien garde, et, à la moindre crainte d'une complication thoracique, on fera entrer en ligne de compte une autre série d'émonctoires, nous voulons parler de ceux qui agissent sur le tube digestif. Dans les cas de ce genre, l'antimoine est utile. Si l'antimoine n'agit pas suffisamment, on donnera le soufre et le calomel comme purgatifs, le premier à la dose de 50 centigrammes, le second à celle de 5 centigrammes et au-dessus.

L'*impetigo* est une forme de la dermatite, caractérisée par la formation d'un grand nombre de petites pustules. Le liquide purulent qu'elles renferment se concrète en croûtes jaunâtres ou d'un brun sale ; la maladie amène une vive irritation de la peau. L'éruption peut apparaître sur tout le corps ; dans les points qui y sont prédisposés, un grattage, une écorchure, une violence toute superficielle suffit pour produire l'impetigo. Toutefois les lieux d'élection sont : la tête (où l'impetigo s'accompagne presque constamment de phthiriase), la face (surtout le pourtour de la bouche et le menton), et çà et là les membres. On le voit aussi derrière les oreilles, mais pas aussi souvent que l'eczéma. Il existe souvent, sans qu'on s'en aperçoive, sur

la tête d'enfants négligés, jusqu'à ce qu'un engorgement ganglionnaire du cou force l'enfant à se plaindre. Sans aucun doute, il est arrivé à nos confrères, comme il nous est arrivé à nous-même des centaines de fois, de voir des enfants qu'on nous apportait pour des abcès des ganglions du cou, sans que les parents eussent même soupçonné l'existence d'une éruption sur le cuir chevelu.

On trouve toujours alors de l'impetigo quand on le cherche : il s'accompagne fréquemment de la présence de poux de tête. Il est probable que le premier degré de la maladie a été occasionné par le grattage dû au parasite. La maladie augmente rapidement ; elle est contagieuse au plus haut point. Il est rare que les enfants affectés d'impetigo soient d'une bonne santé : le plus communément, ils sont scrofuleux. Ce fait explique un des traits les plus frappants de la maladie, nous voulons parler de la tendance qu'éprouvent les ganglions lymphatiques voisins à s'enflammer. C'est là un caractère spécial, d'une grande signification clinique ; car l'engorgement des ganglions met souvent sur la voie pour découvrir une éruption cachée, spécialement quand elle se dissimule dans la chevelure.

Comme nous l'avons déjà indiqué, cette forme de la dermatite est liée à l'eczéma d'une manière intime ; mais les deux maladies n'ont pas chacune le même siége ; en outre, elles offrent une différence marquée dans leur genre d'exsudation et leur tendance à provoquer l'engorgement ganglionnaire.

On ne devra pas oublier néanmoins qu'elles ont toutes deux leur origine dans une inflammation de la peau ; elles peuvent régner concurremment et se mélanger en plus ou en moins ; elles forment alors ce qu'on a désigné sous le nom d'eczéma impetiginodes.

Certains auteurs prétendent que la pustule caractéris-

tique de l'impetigo est produite *uniquement* par l'inflammation des follicules pileux ; c'est un point sur lequel nous préférons réserver notre opinion. Mais nous sommes disposé à penser que l'eczéma n'a rien à voir avec l'inflammation de ces mêmes follicules.

En fait de traitement, il faut d'abord améliorer l'état général ; comme les malades sont scrofuleux ou rachitiques pour la plupart, on rend meilleur leur régime, on les fait changer d'air, on leur donne de l'huile de foie de morue et du vin chalybé. Le quinquina rend aussi de grands services, et il s'associe bien avec le vin ferrugineux.

De temps à autre, il faudra avoir recours au sirop d'iodure de fer, surtout quand il y aura de l'otorrhée. On veillera avec soin sur les garde-robes.

Localement, il vaut mieux ne pas essayer d'enlever les croûtes par un cataplasme ou un autre moyen quelconque; de cette façon, on ne perd pas de temps et on ne cause pas de douleur en s'efforçant de les faire disparaître peut-être à une époque prématurée. On trouvera d'excellents effets à une pommade où l'on fera entrer 50 centigrammes, 1 gramme, et même 1 gr. 50 de précipité blanc pour 30 grammes d'onguent au zinc : on peut en appliquer deux et trois fois par jour. Il faudra visiter la tête avec soin, et couper les cheveux ras autour des points suspects.

On lavera la peau avec un mélange d'eau et d'amandes ou de farine d'avoine, fait en consistance de crème sans le soumettre à l'ébullition. On ne doit pas redouter le précipité blanc : sur plusieurs centaines de cas, nous n'avons pas encore vu un seul accident arriver ; au contraire, il produit des résultats vraiment merveilleux. La peau n'absorbe pas aisément cette préparation mercurielle ; en outre, on ne l'emploie que pendant très-peu de jours. En présence des poux et de leurs lentes, une pommade composée

de parties égales de précipité blanc et d'onguent sulfureux sera préférable et répondra mieux aux besoins.

(*Transactions of the Obstetrical Society of London*, tom. XV, p. 223.)

(Traduit de l'anglais, par le D[r] ÉDOUARD LABARRAQUE.)

DE L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE TERTIAIRE, par le D[r] Alfred FOURNIER, Médecin des hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

(Extrait d'une leçon recueillie par M. Dreyfous, interne des hôpitaux.)

Il est assez fréquent que la syphilis soit l'origine d'accidents de forme épileptique.

Ces accidents se produisent à différentes époques de la maladie, soit dans la période secondaire, soit bien plus souvent dans la période tertiaire.

Dans la période secondaire, ils consistent en des crises épileptiformes ou épileptiques isolées, passagères, qu'il serait difficile, en raison même de leur caractère transitoire, de rapporter à une lésion des centres nerveux et qui semblent constituer une sorte de *névrose* spécifique.

Dans la période tertiaire, inversement, ils se rattachent de toute évidence à des lésions encéphaliques, et constituent un des modes d'expression de cet état organique complexe que nous étudions actuellement sous le titre de *syphilis cérébrale*.

Après avoir étudié la symptomatologie de l'épilepsie syphilitique tertiaire, M. Fournier passe au diagnostic différentiel de cette forme d'épilepsie avec l'épilepsie vulgaire.

Nous empruntons à l'*Union médicale* le chapitre relatif à cette dernière et importante question :

L'épilepsie syphilitique présente-t-elle quelques caractères propres, quelques attributs spéciaux, qui permettent de la reconnaître cliniquement et de la différencier de l'épilepsie simple ?

Distinguer l'épilepsie syphilitique de l'épilepsie simple, tout est là en pratique. Attachons-nous donc à cette importante question. Et, pour procéder méthodiquement à l'analyse du problème, recherchons successivement si l'épilepsie syphilitique présente quelques caractères propres, soit dans les phénomènes constitutifs de l'attaque, soit dans le mode d'apparition et de succession des crises, soit enfin comme ensemble, comme syndrome pathologique.

Premier point : Les crises épileptiques de la syphilis cérébrale offrent-elles quelques symptômes propres qui les différencient des crises de l'épilepsie vraie ?

Pour cela, non. Disons-le bien et immédiatement, l'attaque d'épilepsie syphilitique (quelque forme d'ailleurs qu'elle affecte, celle du grand ou du petit mal, n'importe) ne se distingue par aucun signe propre, pathognomonique, de l'attaque d'épilepsie vulgaire. Cela n'est pas contestable, et tout le monde d'ailleurs est d'accord sur ce point. De l'aveu général, il est impossible, à ne consulter que les symptômes de la crise, de différencier, séance tenante, un accès d'épilepsie d'origine spécifique d'un accès d'épilepsie commune.

Tout au plus, quand on descend aux détails ou quand on envisage certains cas particuliers, arrive-t-on à reconnaître dans la crise d'origine spécifique quelques attributs qui, sans rien présenter de bien significatif, sont de nature cependant à éveiller les soupçons. Citons aussitôt comme tels les trois suivants :

1° *Absence du cri initial dans la crise convulsive d'épilepsie syphilitique.*

Pour ma part, je déclare n'avoir jamais observé dans les crises épileptiques de la syphilis cérébrale le cri particulier qui inaugure d'une façon habituelle (non constante toutefois) les accès de l'épilepsie commune. — Petit signe, assurément, que l'absence d'un symptôme aussi léger, aussi éphémère ; signe curieux cependant et sur lequel j'appelle votre attention.

2° *Fréquence bien plus grande, dans l'épilepsie syphilitique, des paralysies immédiatement consécutives à l'attaque.*

Sans aucun doute, il est bien plus commun dans la syphilis que dans l'épilepsie vulgaire d'observer, à la suite de l'attaque, des phénomènes de paralysie. Je pourrais citer (et vous trouverez cités dans les recueils d'observations) nombre de cas dans lesquels, à la suite de crises convulsives d'origine spécifique, se sont produites des paralysies transitoires, paralysies affectant un membre, une moitié de la face, une moitié du corps. Des phénomènes de ce genre s'observent aussi dans l'épilepsie commune, mais ils y sont à coup sûr bien plus rares.

Donc, au total, rien d'absolument significatif dans la production de ces paralysies, puisqu'on peut les recontrer dans tout ordre de cas ; simple affaire de plus ou moins grande fréquence. Et cependant, soupçon éveillé, soupçon permis, si une crise épileptique, surtout à une période jeune encore de la maladie, s'est accompagnée de phénomènes paralytiques.

3° *Caractère incomplet, unilatéral, partiel, de certaines attaques convulsives dans l'épilepsie syphilitique.*

Il est positif qu'on voit, sinon fréquemment, tout au moins dans un certain nombre de cas, l'épilepsie syphilitique se

montrer sous des formes peu communes, consister par exemple :

Soit en des accès convulsifs *incomplets,* incomplets par *conservation de la connaissance ;*

Soit en des accès convulsifs *partiels,* partiels par *limitation des mouvements convulsifs à une moitié du corps* (*hemispasm* des auteurs anglais).

Exemple typique, reproduisant ces deux modalités symptomatologiques réunies :

Un de mes malades causait, assis, avec sa femme et moi. Tout à coup il cesse de parler et sa physionomie prend une expression étrange ; il semble frappé subitement de stupeur avec immobilisation tétanique. Puis, toute la moitié *gauche* du corps (et la gauche seulement, notez bien ceci) est prise de convulsions : le bras *gauche* se raidit, inflexible comme une barre de fer, se tord, et est entraîné vers la partie postérieure du tronc; — les doigts se fléchissent et se crispent; — le membre inférieur *gauche* s'étend et reste maintenu dans une rigidité invincible ; — la bouche se dévie ; — la tête enfin exécute un mouvement de rotation forcée vers le côté *gauche*, et conserve cette attitude pendant toute la durée de la crise ; — finalement, de petites secousses rhythmiques agitent l'avant-bras et la main, toujours du côté *gauche,* et l'accès se termine après trois ou quatre minutes de durée. — Or, seconde particularité non moins essentielle à spécifier, pendant toute la durée de cette crise *la connaissance reste conservée.* Le malade, il est vrai, semble dans l'impossibilité de parler et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; mais son intelligence n'est pas anéantie ; sa physionomie exprime une sorte d'ahurissement et de terreur ; bref (comme il me l'exprimait lui-même quelques jours plus tard en essayant de dépeindre le caractère habituel de son mal), il « voit sa crise », il la comprend, *il y assiste*, pour ainsi dire, en spectateur anxieux.

M. le professeur Charcot, à qui la pathologie du système nerveux est redevable de tant d'intéressants et précieux travaux, me disait récemment avoir observé deux cas complétement assimilables au précédent. Dans l'un d'eux, par exemple, la crise consistait en ceci : secousses convulsives, puis raideur du membre inférieur droit ; peu après, mêmes phénomènes se produisant dans le membre supérieur du même côté; rotation forcée et inclinaison de la tête vers l'épaule droite; déviation de la bouche, etc. ; et, avec cela, avec ces convulsions limitées à une partie du corps, conservation de la connaissance pendant toute la durée de l'attaque. — Donc, ici encore épilepsie à forme partielle et incomplète (1).

(1) Un fait semblable vient de m'être communiqué tout récemment par mon savant collègue et ami le docteur Brouardel. En voici le résumé :

« M. X..., âgé de 40 ans, contracte un chancre induré en février 1871. — Divers accidents secondaires dans le cours de la même année et de la suivante (roséole, angine, plaques muqueuses, etc.). — Traitement prolongé par les pilules de proto-iodure. — Nul autre accident pendant deux années environ.

En avril 1874, le malade est pris subitement, pendant qu'il travaillait à son bureau, d'accidents bizarres consistant en ceci : douleur soudaine, très-intense, dans le côté droit et au niveau du foie, approximativement; cette douleur force le tronc à s'incliner du même côté; elle ne dure que quelques secondes. Puis, immédiatement, le bras droit se tord sur son axe en pronation forcée et est agité de mouvements convulsifs. Le malade assiste, *sans perdre connaissance*, à cette crise qui dure de une à deux minutes. — Un quart d'heure plus tard, seconde crise, absolument semblable, durant le même temps ; la connaissance est encore conservée. — Une troisième crise se produit dix à quinze minutes après la seconde; cette fois le malade perd connaissance.

Les jours suivants, deux attaques épileptiformes, avec convulsions *unilatérales* et rotation de la tête du côté où siégent les convulsions, mais sans pâleur de la face et *sans perte de la connaissance.*

En compulsant à ce sujet divers travaux, j'ai trouvé dans les auteurs anglais plusieurs cas analogues ou identiques, notamment une très-intéressante observation due au docteur H. Jackson.

Des attaques épileptiques de ce genre font exception, assurément, à ce qu'on observe en général dans l'épilepsie vraie. Je ne voudrais pas prétendre que cette épilepsie *incomplète* et *unilatérale* appartînt en propre à la syphilis; et cependant je ne puis m'empêcher de remarquer qu'elle semble plus commune dans la syphilis qu'en dehors d'elle. Aujourd'hui, sans doute, il serait prématuré de vouloir rien conclure du petit nombre de faits dont nous disposons; mais si de tels faits se multipliaient, ils constitueraient en faveur de l'épilepsie syphilitique un signe d'une haute valeur. Bornons-nous donc, quant à présent, à enregistrer cette particularité comme *paraissant* ressortir d'un certain nombre d'observations, et appelons sur elle l'attention des cliniciens.

Second point : Si les crises de l'épilepsie syphilitique n'offrent comme symptômes aucun caractère absolument propre, pathognomonique, présentent-elles en revanche quelque particularité spéciale comme *mode d'apparition et d'évolution* ?

Pas davantage.

On a dit que l'épilepsie syphilitique se distinguait en cela qu'elle « fait de préférence ses accès la nuit », qu'elle est

Traitement : Frictions mercurielles et bromure de potassium (4 grammes par jour). — Suspension immédiate des accidents.

Depuis cette époque, le malade a été affecté d'un double sarcocèle syphilitique. — En mai 1875, il a été repris de nouveaux accidents épileptiformes, analogues à ceux de l'année précédente, mais beaucoup moins intenses, lesquels ont également cédé au traitement spécifique. »

surtout *nocturne*. Ce n'est là qu'une affirmation purement théorique, que ne confirme en rien l'observation.

Sans doute l'épilepsie syphilitique a des accès nocturnes. Notons même incidemment, puisque nous sommes amenés à en parler, que ces accès nocturnes sont très-exposés à passer inaperçus, et cela parce que, se produisant dans le sommeil, ils sont souvent rapportés à de simples « rêves », à des « cauchemars », etc... Mais l'épilepsie syphilitique a aussi ses accès diurnes, et ceux-ci même sont incomparablement les plus fréquents. Qui ne sait d'ailleurs que dans l'épilepsie vulgaire les attaques de nuit sont assez communes ? — Donc, rien à tirer de ce signe ; passons.

Au point de vue de l'évolution, on a prétendu encore que l'épilepsie syphilitique avait pour caractère de procéder par séries d'accès, séries largement espacées les unes des autres, mais composées d'accès très-rapprochés. — Ce fait d'abord n'est rien moins que démontré, et je ne le trouve pas plus conforme aux observations déjà contenues dans la science qu'à celles dont je dispose personnellement. Serait-il même authentique, d'ailleurs, qu'il n'aurait rien de spécifique, ce me semble, et cela pour la bonne raison que l'épilepsie vulgaire, essentiellement variable comme marche, présente assez communément le mode d'évolution dont il s'agit.

Troisième point : Enfin, l'épilepsie syphilitique, envisagée d'ensemble, présente-t-elle quelques signes propres à la différencier de l'épilepsie commune ?

Ici — et ici seulement, — nous allons trouver les éléments d'un diagnostic différentiel basé sur des considérations sérieuses. Ces considérations, malheureusement, ne sont ni très-nombreuses ni toutes également probantes, comme vous allez le voir. Elles se réduisent aux quatre suivantes :

1° Dans l'épilepsie syphilitique, *intervalles des crises moins exempts de troubles morbides* que dans l'épilepsie commune.

Dans l'épilepsie commune, vous le savez, souvent, le plus souvent, la santé reste parfaite, indemne de tout désordre, dans l'intervalle des crises convulsives.

Il n'en est ainsi, pour l'épilepsie syphilitique, que dans les premiers temps de l'affection. Sauf exceptions rares, quelques mois ne se sont pas écoulés depuis le début des accidents que déjà apparaissent *entre les crises* d'autres troubles cérébraux : céphalée, accès de petit mal, insomnie ; troubles parésiques; d'abord éphémères, puis de plus en plus persistants, troubles sensoriels, etc., etc.

De là une différence assez saillante et assez significative entre l'épilepsie syphilitique et l'épilepsie vulgaire.

Cette différence est d'autant plus significative que l'affection a une origine plus récente. Une épilepsie qui, jeune encore d'apparition, se complique déjà de troubles cérébraux, n'est pas pour cela même une épilepsie syphilitique, assurément ; mais, assurément aussi, elle diffère par cela même de l'épilepsie vulgaire. Elle devient tout au moins suspecte par l'adjonction *précoce* de ces troubles cérébraux. Et, sans contredit, l'adjonction précoce de ces troubles cérébraux devient une particularité qui doit appeler l'attention sur la possibilité d'une cause spécifique servant d'origine à ces divers accidents.

2° *Epilepsie syphilitique, si peu qu'elle date d'un certain temps, fréquemment associée à divers phénomènes cérébraux, notamment à des* PARALYSIES *ou à la* NÉVRITE OPTIQUE *d'origine cérébrale.*

Cela se conçoit, et rien de plus naturel qu'une telle association de phénomènes. Qu'est-ce, en effet, que l'épilepsie syphilitique, du moins à l'époque où nous l'envisageons actuellement ? Rien autre qu'un mode d'expression initial

d'une lésion encéphalique. Or, cette lésion encéphalique, par le fait même de son développement ultérieur, est forcément appelée à déterminer des manifestations autres, au nombre desquelles prennent naturellement place et les *paralysies*, symptômes les plus usuels des désorganisations cérébrales, et la *névrite optique*, conséquence fréquente des altérations de même ordre.

Rien de semblable ne s'observe, sauf complications, dans l'épilepsie simple, dans l'épilepsie à l'état de névrose.

En d'autres termes, l'épilepsie syphilitique se différencie de l'épilepsie vulgaire en ce qu'elle est une épilepsie *symptomatique*, laquelle, à ce titre, se complique nécessairement d'autres déterminations cérébrales. Et ce sont précisément ces déterminations cérébrales *surajoutées* qui confèrent à l'épilepsie syphilitique une allure, une modalité particulière.

3° Un troisième ordre d'éléments diagnostiques est fourni par les *conditions dans lesquelles s'est produite la maladie*, à savoir:

Antécédents de syphilis, révélés par les commémoratifs ou par l'examen clinique;

Coïncidence possible avec les troubles nerveux de manifestations spécifiques affectant tel ou tel système (peau, muqueuses, os, viscères, etc.);

Et, enfin, *âge* du malade.

De ces trois considérations, les deux premières (la seconde notamment) ont une valeur séméiologique considérable, sur laquelle il serait superflu d'insister. Elles n'ont pas cependant et ne sauraient avoir de signification absolue : car il n'est pas impossible, à tout prendre, qu'un sujet syphilitique, même actuellement affecté d'accidents de syphilis, prenne des crises d'épilepsie pour une raison autre que la syphilis, pour une raison quelconque étrangère à la diathèse.

Quant à la troisième considération, relative à l'*âge auquel sont apparus pour la première fois les accidents épileptiques*, elle a, dans l'espèce, une importance considérable, déjà signalée précédemment. Elle seule suffit à donner l'éveil, elle seule suffit à rendre plus que suspecte cette épilepsie *tardive*. Une épilepsie, en effet, faisant son apparition première à l'âge adulte ou dans l'âge mûr, à 30, 35, 40, 45 ans, n'est pas, ne peut pas être une épilepsie vulgaire. C'est une épilepsie *symptomatique* à laquelle il faut trouver une cause. Et si la syphilis figure dans les antécédents du malade, il y a toutes chances, il y a presque certitude pour que cette épilepsie soit d'origine syphilitique.

4° En dernier lieu, *influence démonstrative du traitement*.

Une épilepsie vulgaire ne ressent aucun bénéfice de l'administration du traitement antisyphilitique.

Une épilepsie syphilitique peut être immédiatement enrayée, miraculeusement guérie par ce traitement. Sans doute elle n'en éprouve par toujours des résultats aussi complétement favorables (cela, nous ne le savons que trop et j'aurai à vous le dire plus tard) ; mais presque invariablement elle en ressent, d'une façon au moins temporaire, une influence répressive, suspensive, atténuante, laquelle peut être suffisante pour attester la nature de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — *Atlas of skin diseases*, by Tilbury Fox. *On Psoriasis, or Lepra*, by Gaskoin. — *Della Lebbra in Sicilia*, per G. Profeta. — *Leprosy and its varieties*, by J. W. Ross. — *Lèpre nostras tuberculeuse, tachetée et anesthésique*, par le docteur Em. Vidal. — *A case of elephantiasis Arabum*, by J. Neill. — *Recherches sur l'anatomie microscopique du favus*, par Rémy. — *On the treatment of venereal disease by salicylic acid*, by G. Halsted Boyland. — *Des lésions osseuses que la syphilis héréditaire produit chez les enfants*, par le docteur Parrot. — *Syphilitic lesions of the osseous system in infans and young children*, by R. W. Taylor. — *The syphilitic affections of the ner-*

vous system, by Hughlings Jackson. — *Note sur l'otite syphilique*, par le docteur Ladreit de la Charrière. — *La syphilis et la prostitution*, par le docteur Mireur. — *Quelques mots à propos du rapport de M. le professeur Chauffard sur la réorganisation des cours complémentaires à la Faculté de médecine de Paris.*

COURS CLINIQUES : HÔTEL-DIEU. — *Sur la pellagre sporadique*, par le professeur Béhier. — HÔPITAL SAINT-LOUIS : *Des scrofulides*, par le professeur Hardy. — *De la pelade*, par le docteur Lailler. — *Considérations générales sur les teignes*, par le même. — *Quelques vues d'ensemble sur le diagnostic des maladies de la peau*, par le docteur Guibout. — *De l'impetigo*, par le même. — *Sur les caractères généraux des lésions apparentes ou externes de la scrofule au point de vue de leur diagnostic*, par le même. — *De la syphilis galopante maligne*, par le même. — HÔPITAL DU MIDI : *De la diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, depuis la guerre de 1870-71*, par le docteur Mauriac. — *Rareté actuelle du chancre simple*, par le même. — HÔPITAL DE LOURCINE : *De l'épilepsie syphilitique tertiaire*, par le docteur Fournier. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE : *Hunterian Lectures on syphilis, etc.*, by H. Lee. — THÈSE : *Essai théorique et pratique sur l'eczéma*, par le docteur Mohammed Radouan. — *Du purpura simplex*, par le docteur Laget. — *Étude sur la dermatite exfoliatrice généralisée*, par le docteur Emile Percheron. — *Contribution à l'étude de la gale*, par le docteur Georges Mailhetard. — *Sur l'angine superficielle scrofuleuse chronique*, par le docteur Justin Lemaître. — *Les scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne*, par le docteur Georges Homolle. — *Contribution à l'étude des artropathies syphilitiques*, par le docteur Jules Voisin. — *Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces*, par le docteur Eugène Ory. — *Recherches sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, par le docteur Louis Jullien.

Nous ne ferons aucune difficulté de reconnaître que l'*Atlas of skin diseases* de M. Tilbury Fox est une des publications les plus considérables de l'année qui vient de finir, pour l'étude des affections cutanées. On peut différer d'opinion sur l'opportunité de mettre entre les mains des élèves des livres illustrés ; on ne saurait méconnaître sans parti pris l'importance et le mérite du grand atlas du médecin de « University college Hospital. » Il est certain que, pour des étudiants qui commencent l'étude des maladies de la peau, rien ne vaut l'hôpital et la clinique, les lésions étudiées au lit du malade, et suivies depuis leur début jusqu'à leur terminaison. Mais il est aussi une catégorie de

lecteurs auxquels cet atlas sera très-profitable, ce sont ceux qui repassent (les jeunes docteurs, ou même les praticiens plus avancés), qui sont heureux de revoir par les yeux ce qu'ils ont fixé dans leur esprit, et qui retrouvent dans ces belles pages illustrées le souvenir de ce qu'ils ont étudié autrefois. Et puis, cet atlas est une chaîne qui reliera plus tard nos contemporains à leurs devanciers et à nos successeurs, pour montrer à ceux-ci ce qu'a fait notre époque dans l'étude des maladies de la peau. — La première partie de l'*Atlas of skin diseases* du docteur Fox est une nouvelle édition considérablement augmentée du livre classique de Bateman, publié en 1817, et qui n'était lui-même que l'ouvrage étendu et perfectionné de Willan, qui avait paru en 1798. Le docteur Fox a amélioré le travail de Bateman de la même façon que Bateman avait ajouté à celui de Willan, et c'est la somme des travaux de trois générations et plus que le public médical est appelé à juger aujourd'hui. Sur les sept figures comprises dans les quatre planches de cette première partie, qui traite des erythèmes et de l'urticaire, quatre sont nouvelles. L'auteur indique, en outre, que sur soixante-douze figures il y en aura plus de la moitié de nouvelles, tandis que les autres seront empruntées à Willan et à Bateman, mais perfectionnées et mises au courant de la science actuelle. A en juger par le mérite des dessins renfermés dans cette première partie, nous n'hésitons pas à dire que l'ouvrage complet sera un des atlas les mieux faits sur les formes les plus ordinaires des maladies de la peau. Ajoutons qu'il se publie sous la direction et la surveillance du docteur Tilbury Fox, que la préface est de ce savant dermatologiste, et nous croyons qu'on aura toutes les garanties possibles de bonne exécution et de fidélité. (London, J. and A. Churchill, 1875.)

La lèpre vulgaire, ou psoriasis, tel est le titre d'un ouvrage de M. G. Gaskoin. *On the Psoriasis, or Lepra* est

un livre conçu et exécuté en dehors des idées reçues : ainsi, l'auteur a tout pris dans son propre fonds et dans son observation personnelle ; rien des travaux de ses devanciers ou de ses contemporains. C'est bien, il faut l'avouer, la monographie la plus étendue sur la matière ; mais, tout en rendant justice au mérite de celui qui l'a écrite, nous ne la laisserons pas passer sans formuler quelques réserves et sans faire quelques objections. Nous ne dirons pas que ce livre renferme des omissions, puisque l'auteur le présente comme le résultat de son expérience propre ; mais il nous sera bien permis d'avancer que peut-être le psoriasis a été, en plusieurs endroits, confondu avec l'eczéma ou les variétés de cette affection. Qu'il puisse appartenir à la même famille, celle des maladies dartreuses ou herpétiques, nous ne voudrions pas dire le contraire ; c'est, en effet, l'avis de notre savant maître, le professeur Hardy ; mais nous n'avons jamais vu coïncider, au même point, les lésions élémentaires, et n'avons pas entendu dire qu'il en ait été jamais ainsi. — L'analogie entre le psoriasis et l'asthme héréditaire invoquée par l'auteur est pour nous du même genre que le rapprochement qu'il opère entre l'eczéma et la lèpre vulgaire. Nous n'en dirons pas autant des affinités qu'il lui trouve avec la lèpre des Grecs, maladie générale, maladie *totius substantiæ*, et qui a des allures telles qu'on ne saurait la confondre avec les diverses variétés du psoriasis. — Dans le traitement, qui est peut-être la partie la plus intéressante du livre, M. Gaskoin préconise le traitement général par l'arsenic, et il dédaigne les applications locales. Les observations nombreuses, intercalées çà et là, laissent à désirer sous le rapport des détails. En somme, c'est un livre peu utile pour le praticien ; mais il aura une réelle valeur aux yeux du dermatologiste.

(In-8°, XV, 206 p., London, J. and A. Churchill, 1875.)

(*A suivre.*) Dr Ed. LABARRAQUE.

Le Gérant : G. MASSON.

Clichy. — Impr. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (241, 4-6.)

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

RECHERCHES DU PROFESSEUR G. PROFETA SUR LA LÈPRE EN SICILE.

Dans les travaux qui me sont connus sur la lèpre d'Italie ou des autres pays, il n'est pas fait mention de la Sicile, ou bien on se borne à citer le nom de la ville de Trapani. *La lèpre en Sicile* fut mise à l'ordre du jour du cinquième au septième congrès des médecins italiens. Dans ces deux congrès, après de brillantes discussions sur la lèpre d'Italie dans lesquelles les voix les plus autorisées se firent entendre, on dut laisser le sujet de la discussion à l'ordre du jour des futurs congrès.

Ce fut pour cela que j'écrivis ces quelques pages. Ne pouvant avoir l'honneur de les présenter moi-même, retenu à Florence par des devoirs de famille, je les ai envoyées aux membres du douzième congrès.

Je commençai mes recherches en novembre 1867, lorsque je fus appelé à occuper la chaire de clinique des maladies vénériennes et cutanées, à l'Université de Palerme, et je les ai poursuivies activement jusqu'en juin 1875,

aidé du gracieux concours d'amis, de collègues, d'élèves et de beaucoup de fonctionnaires ; qu'ils reçoivent ici de publics remerciements.

De nombreux cas d'un diagnostic incertain mis de côté, j'ai pu grouper le chiffre respectable de 114 lépreux (80 hommes et 34 femmes). J'ai pu en observer moi-même une partie dans diverses villes ; je possède même un certain nombre de magnifiques photographies. Relativement au lieu d'origine, ces 114 lépreux se divisent comme il suit : *Palerme,* 8 ; *Carini,* 1 ; *Petralia Sottana,* 1 ; *Polizzi,* 1 ; *Cufale,* 6 ; *Trapani,* 9 ; *Monte San Giuliano,* 6 ; *Favignana,* 5 ; *Castellamare,* 7 ; *Girgenti,* 1 ; *Sciacca,* 1 ; *Buccheri,* 7 ; *Avola,* 25 ; *Floridia,* 10 ; *Solarino,* 8 ; *Mirto,* 3 ; *Naso,* 8 ; *Lipari,* 7.

J'ignore si la lèpre, ayant fait son apparition en Europe trois siècles avant Jésus-Christ, fut importée en Sicile au moment de la première croisade. Enfin, à cette époque, quand on comptait en Europe au moins 19,000 léproseries, la Sicile ne fut pas épargnée ; le fait est qu'au XIIe siècle, on ouvrit à Palerme une léproserie, et deux cents ans plus tard, il y eut un moment où la capitale de la Sicile en eut deux. Outre cette notice, basée sur des documents sérieux, j'ai pu recueillir des traditions ou des souvenirs concernant une trentaine de pays où autrefois on a observé un ou deux cas de lèpre, et où cette maladie n'a plus reparu depuis. A Avola, la maladie apparaît vers la fin du XVIIe siècle, au moment où la population fut transportée, de sa situation saine sur des collines, vers le bord de la mer ; tout porte à croire qu'à Buccheri, Floridia, Solarino et Naso la lèpre n'est pas plus ancienne d'un siècle ; à Trapani et à l'île voisine de Favignana, les premiers cas furent signalés entre 1780 et 1790 ; dans les dix premières années de ce siècle, à Cefalu et à Lipari ; vers 1830, à Monte San-Giulano et à Mirto ; à Ca-

rini, vers 1854; entre 1860 et 1870 se montrent les cas isolés de Petralia, Girgenti, Polizzi et Sciacca, où la lèpre n'avait pas encore été signalée.

A présent les choses ont changé. Des pays qui, dans la présente statistique, figurent pour un seul cas, il faut effacer Carini et Girgenti où le mal a disparu; à Buccheri, Monte San-Giulano et Mirto, il ne reste plus qu'un lépreux; deux à Cefalu et à Lipari; trois à Palerme, Castellamare, Favignana; quatre à Trapani. S'il n'y avait cinq lépreux à Floridia, à Solarino et à Naso (chiffre supérieur à la moyenne des années précédentes), seize et manifestement plus graves à Avola, on pourrait dire que la lèpre va disparaître de Sicile comme de la côte occidentale de Gênes. Certainement elle se montre moins rebelle dans ces divers centres qu'à Commacchio. J'ai fait allusion aux localités de l'Italie continentale qui n'ont pas été frappées depuis des temps éloignés.

Mes recherches personnelles confirment un fait reconnu par tous les auteurs, excepté peut-être par Milton : c'est que la lèpre se reproduit surtout par voie héréditaire. De fait, l'hérédité figure dans les observations des trois quarts des 114 lépreux, et c'est la rareté ou la fréquence du mariage des lépreux qui sont causes de la diminution ou de l'augmentation des cas dans tel ou tel pays. En Sicile, nous avons eu un exemple de transmission de la lèpre jusqu'à la quatrième génération; ce fait confirme celui que Bidenkap a observé en Norwége. La transmission par contagion, de quelque façon qu'on l'ait admise, n'est démontrée par aucun des faits des diverses régions de la Sicile ; ainsi, 22 lépreux vécurent pendant un nombre d'années variable dans l'intimité de la vie conjugale, eurent des enfants, sans que la partie saine de ces ménages ait été contaminée. La transmission par l'allaitement est aussi exclue : diverses femmes lépreuses ayant pu allaiter impu-

nément des enfants sains, et divers faits de revaccination en Sicile démontrant la non-existence d'une lèpre vaccinale. Subsiste donc, comme mode de transmission, la seule hérédité.

Les conditions favorables au développement du mal sont enveloppées de mystère. — L'habitation d'un lieu voisin de la mer avec l'exercice de la profession de marin ou de pêcheur, et l'abus des poissons salés ou gâtés, considérés par les auteurs comme causes prédisposantes, ne sont pas confirmés par les faits observés en Sicile. La preuve en est que, dans cette statistique, nous avons 2 lépreux pour chaque 9,000 habitants du littoral, tandis que, pour la même population des lieux plus ou moins éloignés de la mer, nous avons 5 lépreux. Ces faits sont en contradiction avec ceux de Raymond qui, dans son tour du monde, n'a constaté la lèpre que sur les bords de la mer. — Pour ce qui est de l'influence de la profession, pour les lépreux de Sicile, les paysans viennent en premier lieu, puis les habitants de la ville, et les propriétaires; viennent ensuite les cordonniers. — Les femmes qui passent leur vie dans les cabanes, et les fameux pêcheurs et marins sont au nombre de 6 : 6 *sur 68 lépreux des lieux maritimes!* Peu d'individus ont fait usage de poissons gâtés ou salés, quelques-uns n'ont presque jamais mangé de poissons et ont plutôt usé d'une alimentation féculente. La plupart se sont nourris de chair fraîche et de végétaux. Remarquons qu'à Avola et à Solarino, la Norwége de la Sicile pour la lèpre, les habitants n'usent pas d'aliments salés. Je dirai plus, il résulte de mes recherches qu'on n'a jamais vu un seul lépreux dans une vingtaine de villes de Sicile situées sur le bord de la mer, où la plupart des familles de pêcheurs se nourrissent exclusivement de poissons salés; à Trapani, où une classe très-nombreuse de la population use principalement de ce genre

d'alimentation, sur plus de 33,000 habitants, il ne s'est rencontré que 4 lépreux. Cela n'a du reste rien de surprenant, quand on sait, par les observations de Richard, que la lèpre est très-rare chez les habitants de Balasore et du nord de la province d'Orissa, qui font une grande consommation de poissons pourris, et qu'inversement, dans le district de Bancoorah, la lèpre sévit sur les classes infimes qui ne mangent presque jamais de poisson.

On a encore invoqué comme causes de la lèpre, cette affection si rare, la misère et la mauvaise hygiène des prisons, conditions si communes ici-bas. Ajoutons que la misère si considérable de l'intérieur de l'Irlande n'a jamais produit la lèpre. De plus, bien peu de lépreux de Sicile sont notoirement misérables, un certain nombre appartiennent même à des familles aisées; et, fait digne de remarque, à Avola et à Solarino, le nombre des lépreux a augmenté à mesure que les conditions hygiéniques se sont améliorées. Ce fait avait déjà été noté à propos de la capitale des îles Sandwich.

Nos faits de Sicile ne confirment pas l'idée que la malaria puisse produire la lèpre, comme on l'a prétendu, puisqu'il résulte de mes recherches que les lieux infectés de malaria en sont indemnes ; et l'on pourrait compter ceux de nos lépreux qui ont souffert de la malaria. Il est vrai qu'en tête de beaucoup d'observations, on trouve notée la fièvre périodique (Wilson et Fox l'avaient déjà constatée), mais cette fièvre a constitué un des prodromes de la lèpre en Sicile, et a résisté aux sels de quinine.

Nous sommes donc dans l'impossibilité de résoudre la question d'étiologie, et la nature intime de la lèpre (maladie constituée anatomiquement par un néoplasme semblable au tissu de granulation du lupus et des syphilides), reste ignorée. Nous ne pouvons pas dire non plus, dans l'état actuel de la science, que la lèpre arrivée à son parfait

état de développement soit une maladie constitutionnelle. Pour résoudre ce problème, nous aurions besoin de nouvelles études de géographie médicale : pour moi, la cause principale de la maladie résidant, non dans la manière de vivre, mais dans les conditions particulières des lieux. Par exemple, de tous les districts de la province de Syracuse, dont les habitants vivent tous de la même façon, il n'y en a que quatre chez lesquels depuis longtemps la lèpre soit restée stationnaire ; et certaines familles de Trapani, ces dernières années, ont vu la lèpre diminuer et disparaître en émigrant du lieu de leur naissance, bien qu'elles aient conservé toutes leurs autres habitudes.

En Sicile, il n'y a pas d'exemple d'enfant né lépreux, ainsi que l'avait observé Bœck en Hongrie, puisque, sans faire la distinction entre la lèpre acquise et la lèpre congénitale, cette maladie s'est montrée plus bénigne à six ans sur deux jeunes fillettes de Trapani. Elle a été plus fréquente de 30 à 40 ans, et non de 20 à 30, comme on le dit généralement ; et elle n'a pas été aussi rare qu'on l'a avancé, au delà de 40 ans, puisque dans la présente statistique figurent 18 individus de 41 à 65 ans.

Au point de vue des symptômes, la lèpre de Sicile d'aujourd'hui ne diffère pas de celle des temps anciens. Les lésions cutanées ne manquent jamais, et les taches pigmentaires presque toujours blanches ou bronzées qui, plus tard, deviennent anesthésiques, sont souvent les premières manifestations du mal. A l'inverse de ce qui a été observé sur les lépreux de Commacchio, jamais l'anesthésie n'a manqué sur ceux de Sicile ; elle a du reste envahi aussi des points qui n'avaient pas été le siége de taches, surtout la partie innervée par le cubital, anesthésie parfois aussi complète que celle des brûlures profondes. Les tubercules du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, ont manqué seulement cinq fois (pour constituer la variété dite lèpre

lisse que quelques-uns appellent anesthésique, bien à tort, puisqu'elle l'est toujours, du moins en Sicile). Sur les 109 autres lépreux, l'éruption n'a jamais épargné le visage, les mains, les pieds, la voûte palatine et le pharynx. L'éruption squameuse a été très-rare, mais la forme pemphygoïde l'a été beaucoup moins.

A la difformité qui résulte des tubercules du visage, ajoutez les plis exubérants de la peau, la chute des poils et des cheveux, l'augmentation de volume et la déformation des paupières et des lèvres, le nez écrasé ou réduit à un lambeau informe, l'aspect huileux de la peau, les ulcères sanieux ou couverts de croûtes noirâtres, le moral d'un malade triste, et vous réaliserez par la pensée la physionomie d'un satyre ou d'un lion, ce qui justifie les synonymes de satyriasis et de léontiasis. Les exemples ne manquent pas non plus de ce que les anciens médecins grecs appelaient éléphantiasis. Dans ce cas, peau sèche, dure, comme privée de vie, parsemée çà et là d'élevures tuberculeuses, analogue, en un mot, à la peau de l'éléphant. L'incurvation des doigts, l'inflammation des articulations et des parties molles qui les recouvrent, ayant pour terminaison l'élimination des os, et plus tard la chute de cette partie des mains et des pieds; la disparition de quelques os par l'absorption interstitielle ; l'atrophie progressive des muscles, surtout de la main ; la paralysie des mouvements, le plus fréquemment du pharynx, des membres inférieurs et des mains; l'affaiblissement qui peut aller quelquefois jusqu'à la perte des sens, d'abord la vue, en dernier lieu l'ouïe ; la diminution, quelquefois l'abolition des fonctions génitales ; les diverses lésions des voies digestives et respiratoires : en un mot, rien n'a manqué sur les lépreux de Sicile pour reproduire fidèlement l'image de l'antique lèpre. Et si je ne craignais d'être trop long, j'ajouterais l'histoire d'un jeune cordonnier de Palerme, mort

en 1870, qui, tant au physique qu'au moral, rappelait Job, dont parle l'Écriture. On le voyait dans une misérable cabane, se montrant étendu sur un tas de paille pourrie, avec ses chairs sphacélées, ses mains affreusement mutilées; paraplégique, aveugle. Ne croyant plus à la médecine, il suivait tranquillement, et avec toute sa lucidité d'esprit, les progrès d'un mal inexorable, se rappelant sans aigreur l'abandon de ses amis et parents, qui lui faisaient fête aux jours de prospérité. Entre temps, il rompait la monotonie de son existence en chantant d'une voix rauque, en méchants vers, les louanges de son ange consolateur, petit enfant d'un voisin qui demandait l'obole aux passants pour nourrir le malheureux.

Par moi et par d'autres, en Sicile, ont été essayées en vain les préparations alcalines, arsenicales. Le sublimé corrosif, les sels de quinine, la strychnine, et quantité d'autres remèdes locaux ou généraux ont été préconisés contre la lèpre. Si parfois on a pu noter des améliorations éphémères et des périodes d'arrêt de durée variable, on ne doit pas les attribuer aux remèdes, cela tient sans doute à ce que la maladie était à son déclin. Des 114 lépreux que j'ai pu réunir, dans une période de sept ans et huit mois, 60 déjà sont morts d'asphyxie, de cachexie, d'inanition ou de maladies intercurrentes, qui ont une prise facile sur les lépreux. La durée moyenne de la maladie sur ces 60 lépreux a été de treize ans, avec les deux extrêmes de 3 ans dans un cas de Castellamare, et de 40 ans sur un homme de San-Giuliano qui mourut à l'âge de 77 ans. Le sort des 54 lépreux encore vivants n'est pas difficile à prévoir, quand on pense qu'en Sicile il n'existe pas un exemple de guérison spontanée ou provoquée ; du moins, je n'en connais pas.

Des faits que j'ai recueillis, il résulte que le médecin n'a rien de mieux à faire que de soutenir l'état général des ma-

lades en les plaçant dans de bonnes conditions hygiéniques. Je ne dis pas cependant de renoncer à tout traitement. Il est évident qu'il faut faire quelque chose, ne serait-ce que dans le but d'atténuer les souffrances des pauvres lépreux, et pour venir en aide aux effets de l'hygiène.

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, Médecin de l'Hôpital du Midi.

MESSIEURS,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'une des affections les plus bizarres et les plus mystérieuses de la pathologie syphilitique. Peut-être n'en avez-vous jamais entendu parler. C'est qu'elle est loin d'être commune. Sa description n'est pas devenue classique. Je suis même fort embarrassé pour lui trouver un nom convenable. Est-ce une contracture du biceps, comme le pensent certains auteurs? Le tendon de ce muscle est-il seul rétracté?... Vous en jugerez plus tard quand je vous aurai raconté et analysé les quelques cas qu'il m'a été permis d'observer.

Tout ce que je puis vous dire d'avance, pour vous donner une idée vague de l'affection, c'est qu'elle est manifestement d'origine syphilitique, qu'elle occupe presque toujours exclusivement les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, et en particulier le muscle biceps, et qu'elle se traduit par une flexion forcée et très-difficile à vaincre du second segment du membre supérieur sur le premier.

L'angle qui en résulte présente une ouverture variable : quelquefois il est très-obtus, d'autres fois aigu, la plupart du temps droit ou voisin de l'angle droit. Quand on ne cherche pas à vaincre cette flexion anormale, le malade n'éprouve pas de douleur. L'articulation du coude reste toujours intacte, sans aucun changement dans ses parties molles ou dures. On sent et on voit que la résistance est ailleurs, dans les muscles, dans le biceps spécialement. C'est aux modifications morbides qui se sont produites dans ses

fibres musculaires, dans ses fibres tendineuses ou dans son innervation qu'il faut rapporter la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras et l'incapacité fonctionnelle qui en est la conséquence.

Un des médecins les plus distingués de la province, M. le Dr Notta (de Lisieux), a publié sur ce sujet un excellent mémoire dans les *Archives de médecine* de 1850. Nous lui devons aussi l'observation la plus complète et certainement la plus intéressante de ces rétractions musculaires syphilitiques. Vous la trouverez dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1853.

Ce savant confrère en a recueilli, depuis, un nouveau cas qui est inédit et qu'il a bien voulu m'envoyer. Je vous le communiquerai; mais auparavant, je vais vous raconter l'histoire du malade sur lequel j'appelais tout à l'heure votre attention.

Vous avez vu que son biceps gauche est rétracté. Il l'est tellement que la flexion de l'avant-bras sur le bras dépasse l'angle droit, et forme un angle aigu. Quoique le biceps gauche soit seul intéressé, vous avez eu sous les yeux un remarquable spécimen de cette affection musculaire syphilitique. Je ne saurais trop vous engager à l'examiner avec soin et à profiter de la rare occasion qui se présente de l'étudier.

Obs. 1. Ce malade, qui est entré tout récemment dans les chambres payantes, est âgé de 27 ans. Il se porte habituellement bien, et on ne trouve dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise. Il n'avait même jamais eu aucune maladie vénérienne jusque dans ces derniers temps.

C'est au commencement de février de l'année 1875 qu'il s'aperçut de l'existence d'un chancre situé à la base de la verge. Le dernier coït datait de 24 heures et l'avant-dernier de un mois. Ce chancre guérit sans traitement; il ne dura que trois semaines et ne laissa après lui aucune cicatrice.

Malheureusement il était syphilitique, et on en eut la preuve deux mois et demi après son début. Le 15 avril, en effet, le malade, après quelques jours d'horrible céphalée, fut pris d'un mal de gorge persistant et qui atteignit des proportions telles qu'il lui était presque impossible de manger.

Peu de temps après, des ulcérations se creusèrent au pourtour du chancre cicatrisé, et huit grosses pustules de rupia firent leur apparition, les unes sur les cuisses et les mollets, les autres sur la poitrine, d'autres sur les membres supérieurs.

II

Ainsi, vous le voyez, cette syphilis s'annonçait mal, puisque la première poussée des accidents consécutifs était ulcéreuse d'emblée. Les deux incubations sont ici fort précises. La première, celle du chancre, a été de un mois, car c'est l'avant-dernière et non la dernière femme qui l'a infecté. Quant à la seconde incubation, celle des accidents consécutifs, elle a duré environ 60 à 70 jours. C'est alors seulement que le malade commença à se soigner.

On le soumit au repos dans la chambre, à la diète et à l'usage des frictions mercurielles. Il eut une salivation très-abondante, et fut guéri au bout de deux mois. Vous avez pu voir sur différentes régions du corps des cicatrices blanches, gaufrées, déprimées, entourées d'un cercle noirâtre caractéristique. Une seule fait une légère saillie au-dessus des parties voisines. Elles portent toutes le cachet de leur origine syphilitique.

III

Quelque rigoureux qu'eût été le traitement diététique et mercuriel, il ne préserva pas longtemps le malade d'une deuxième atteinte. Trois semaines environ après la guérison de la première poussée, vers les premiers jours de juillet, les ulcérations du bras se rouvrirent et finirent par prendre une extension considérable. D'autres, à caractère phagédénique, au nombre de trois ou quatre, envahirent la cuisse droite.

On recommença les frictions, qui déterminèrent cette fois très-peu de salivation. Elle furent cependant continuées durant 4 ou 5 semaines. Les ulcérations se cicatrisaient d'un côté, s'agrandissaient de l'autre et ne guérissaient pas franchement. Cependant sur le bras droit elles ont fini par se fermer, et vous avez vu qu'elles sont converties là en larges cicatrices encore toutes rouges, de ce rouge sombre, propre aux manifestations avancées de la syphilis. Il en a été de même sur les membres inférieurs.

Mais à la partie postérieure du coude gauche et sur la face antérieure de l'avant-bras de ce côté, au voisinage du pli du coude, les ulcérations, après avoir été guéries, se sont reproduites et ont rongé une large surface de la peau.

IV

En somme, depuis l'apparition des premiers accidents consécutifs, la syphilis n'a pas cessé de manifester son action. Il n'y a eu que quelques jours de repos dans la seconde moitié de juin.

A partir de la deuxième poussée des accidents, il s'est toujours produit, soit d'un côté, soit de l'autre, sur la surface cutanée, quelque ulcération à tendance phagédénique.

Il n'en reste aujourd'hui que deux; mais elles sont énormes et occupent une grande étendue de la région du coude, en avant et en arrière.

Je vous ferai remarquer, messieurs, que leur situation est telle qu'elles ne peuvent gêner en rien les mouvements de l'articulation.

Pourtant l'amplitude de ces mouvements se borne à de faibles oscillations de l'avant-bras (volontaires ou communiquées) autour d'une région perpendiculaire à l'axe du bras. Ne dirait-on pas qu'il existe là une ankylose?

Eh bien, explorez, palpez de tous les côtés l'articulation du coude : vous n'y découvrirez aucune lésion. Soumettez surtout à un examen détaillé *le pli du coude*, en dedans et en dehors du tendon rigide du biceps; vous n'y découvrirez point de rénitence ni de tuméfaction; vous n'y susciterez aucune douleur.

V

Mais depuis quand cette singulière flexion de l'avant-bras sur le bras s'est-elle produite?

Depuis le mois d'août. C'était alors le *septième mois* de la syphilis. Petit à petit, et sans que le malade en fût averti par aucun trouble violent de la sensibilité, au niveau de l'article, l'extension complète de l'avant-bras sur le bras ne put plus s'effectuer.

Il n'était intervenu aucune cause occasionnelle de nature à rendre compte d'un phénomène qui semblait soumis à une influence pathologique lente, sourde, insidieuse et invincible.

Du mois d'août au 6 novembre (neuvième mois de la syphilis), l'angle de flexion de l'avant-bras sur le bras augmenta de jour en jour. A cette dernière date, les deux

segments du membre supérieur gauche étaient perpendiculaires. Depuis, ils se sont infléchis à angle aigu.

Mais la force qui les attirait l'un vers l'autre dans ce sens semblait contre-balancée par une force contraire ; de telle sorte que *l'ankylose musculaire* suivait les alternatives de deux actions opposées, inégales d'énergie, il est vrai, et cependant pondérées, régulières et se faisant jusqu'à un certain point équilibre. Ainsi la *flexion* complète, forcée ou volontaire, n'était pas plus possible que l'*extension* volontaire ou forcée. Mais l'amplitude du mouvement obtenu était beaucoup plus considérable dans le premier sens que dans le second.

Toutes les autres articulations étaient libres. Il n'existait aucune trace de rhumatisme ou de goutte. C'était bien sous la seule influence de la syphilis qu'était survenue cette flexion de l'avant-bras sur le bras. Elle n'avait été précédée et elle n'était accompagnée ni de douleurs névralgiformes ni de secousses musculaires épileptiformes. Le cerveau, la moelle épinière et la périphérie du système nerveux n'étaient le siége d'aucune altération appréciable ni d'aucun trouble fonctionnel.

VI

Quand j'examinai le malade pour la première fois, le 6 décembre 1875 (dixième mois de la syphilis), je constatai que toute l'action syphilitique était, pour le moment, concentrée dans la région du coude gauche.

Il y avait là, en avantet en arrière, les deux vastes ulcérations que je vous ai montrées. Elles étaient alors dans toute leur activité phagédénique et ne manifestaient aucune tendance à la cicatrisation. Aujourd'hui, au contraire, grâce au traitement actif que j'ai institué, leur fond s'est

relevé, des bourgeons de bonne nature se forment sur toute leur surface ; les bords s'affaissent et se sèchent ; des îlots d'épithélium se montrent çà et là. Il est évident que la guérison marche à grands pas et qu'elle sera complète dans 10 à 15 jours.

Mais la lésion ou mieux le trouble fonctionnel le plus intéressant, c'était la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. Les deux segments formaient un angle aigu. Pour ramener l'avant-bras à angle droit ou obtus sur le bras, le fallait exercer un effort considérable. Il était impossible d'obtenir l'extension complète. Cette manœuvre causait au malade de grandes douleurs qui siégaient dans l'articulation et dans la partie inférieure du muscle, sans avoir de point fixe. Du reste on pouvait malaxer la région dans tous les sens (sauf au niveau des ulcérations) sans provoquer aucune souffrance. Toutes les parties constituantes de l'articulation semblaient intactes.

Le tendon du biceps formait, au-dessous des téguments, qui ne présentaient en ce point ni ailleurs aucun empâtement, une corde dure, rigide, droite, tendue, uniforme, sans nodosités ni trace d'une lésion quelconque. On pouvait la pincer, déprimer la peau et enfoncer les doigts sur ses côtés ou au-dessous d'elle, dans les parties les plus profondes du pli du coude, sans causer de douleur.

Au-dessus de son tendon, le corps du biceps ramassé sur lui-même constituait une masse globuleuse. Au premier aspect, sa forme pouvait faire supposer qu'il se trouvait dans un état violent de contracture. Mais quand on le pressait, on trouvait que sa consistance ne répondait pas à l'idée que suggérait sa forme. Quoique n'ayant pas la flaccidité d'un muscle au repos, il n'offrait pas cependant la fermeté, la dureté du tissu musculaire en état de contractilité volontaire ou involontaire. Il ressemblait à un muscle

atteint d'un léger degré de crampe plutôt qu'à un muscle contracturé.

Un contraste qui était et qui est encore frappant, c'est celui qui existe entre la rigidité du tendon et la demi-flaccidité du muscle. Vous avez pu le constater tout à l'heure. Aujourd'hui le corps du biceps est moins roulé en boule et il paraît encore plus inerte que les jours précédents.

VII

Cette affection est survenue graduellement ; elle n'a présenté que de très-faibles variations d'un jour à l'autre. Son processus n'a pas cessé d'être uniforme et chronique. Les phénomènes de contraction ou de rétraction lente, exclusivement limitée au biceps gauche, ont toujours prédominé. Il y a eu pourtant, dans la première phase de l'affection, quelques, sensations douloureuses. Elles consistaient, surtout en *élancements* qui parcouraient le muscle dans toute sa longueur.

Ces *élancements* étaient *nocturnes*. Ils ne survenaient qu'exceptionnellement pendant le jour. Lorsqu'ils étaient violents, il arrivait quelquefois que l'avant-bras, tout en restant infléchi sur le bras, était agité comme par de petites secousses électriques.

En pressant sur le trajet des nerfs, je n'ai point découvert en eux une sensibilité anormale. Le corps du biceps est indolent. On ne constate dans son épaisseur aucune tumeur, aucune suffusion plastique, aucune trace d'inflammation aiguë ou chronique. Il en a toujours été ainsi. Les élancements nocturnes ont constitué le seul trouble de la sensibilité.

Mais si la douleur n'est pas spontanée, on peut la provoquer en essayant de mettre par force l'avant-bras dans

l'extension. On n'y parvient qu'incomplétement. On sent alors que le tendon devient de plus en plus dur et rigide. Quant au muscle, il perd sa forme globuleuse, s'étire et se distend, sans faire grande résistance, apparente du moins, car sa consistance semblerait alors plutôt diminuer qu'augmenter.

Lorsque, par cette manœuvre, on est parvenu à obtenir un certain degré d'extension et qu'on lâche l'avant-bras, on ne le voit point revenir brusquement et violemment dans la flexion, comme s'il était mû par un ressort. Ce n'est que peu à peu et d'une façon presque insensible qu'il est ramené dans cette position. Tous les efforts de la volonté pour empêcher qu'il en soit ainsi n'y feraient rien. Ils sont dominés par une force qui, pour être lente et sourde, n'en est pas moins invincible.

Après une extension forcée, aussi grande que la peut supporter le patient, il faut à l'avant-bras 3 ou 4 minutes pour reprendre son inflexion. A mesure qu'elle s'effectue, on voit le muscle se ramasser peu à peu sur lui-même, sans durcir beaucoup, et revenir graduellement à la forme globuleuse que lui avait fait perdre sa distension.

Ainsi, messieurs, quelle que soit l'idée que vous vous fassiez de l'état du biceps, il est un fait matériel qui saute aux yeux et qui vous a certainement frappés, c'est le *raccourcissement* du muscle, coïncidant avec la *tension et la rigidité* de son tendon.

VIII

Les autres muscles de l'avant-bras et du bras gauche, ceux qui aboutissent au coude ou qui en partent et sont groupés autour de lui, ne présentent aucune anomalie dans leur fonctionnement.

J'en dirai autant de ceux de l'épaule. Les mouvements d'ensemble du membre supérieur, les mouvements de pronation et de supination, ceux des doigts, dans tous les sens, n'ont subi aucune atteinte.

Dans le membre supérieur droit, il ne s'est produit aucun trouble musculaire bien défini. Tout au plus y a-t-il eu, dans les premiers temps de l'affection bicipitale gauche, quelque gêne vague, un peu d'embarras et de douleur fugace dans les deux segments brachiaux du côté droit.

Depuis que le malade est entré dans mon service, je l'ai soumis à un traitement énergique. Il prend chaque jour 3 cuillerées de sirop de biiodure ioduré et 3 cuillerées de sirop d'iodure de potassium, ce qui représente environ 5 grammes d'iodure et 1 centigramme de biiodure hydrargyrique.

J'ai fait panser les ulcérations avec un mélange à parties égales d'onguent napolitian et de masse emplastique de Vigo hydrargyrisée.

Il n'est point survenu de salivation. Les médicaments ont été très-bien tolérés, et ils ont développé leur action curative avec toute l'énergie et la rapidité qu'on pouvait souhaiter; car au bout de 10 jours, il s'est produit des changements remarquables dans l'état du coude gauche. D'abord les plaies sont en pleine voie de cicatrisation, et il est visible qu'elles ne s'arrêteront pas en chemin et qu'elles ne reviendront point sur leurs pas. Et puis l'angle d'inflexion s'est agrandi. Il était aigu au commencement ; aujourd'hui il est obtus. L'amplitude du mouvement volontaire ou imprimé augmente tous les jours dans le sens de la flexion ou dans celui de l'extension. Le muscle n'est plus roulé sur lui-même, en une masse globuleuse. Il *s'allonge*. Le malade sent lui-même qu'il reprend peu à peu possession de son bras, et que l'incapacité fonctionnelle dont ce membre était frappé à plusieurs égards s'efface pour faire

place à un fonctionnement régulier et dégagé de toute entrave.

La guérison est donc prochaine. Je parle de celle de l'affection. Quant à la diathèse, à la maladie constitutionnelle, je doute, messieurs, qu'elle ait encore dit son dernier mot.

IX

Nous avons affaire en effet à une syphilis grave, ulcéreuse d'emblée, dont les poussées sont continuelles malgré le traitement. L'action morbide ne se généralise pas ; elle est disséminée plutôt que confluente. Mais en se circonscrivant, elle devient profonde.

Toutefois, la santé générale a été excellente jusqu'ici. C'est une bonne condition au point de vue du pronostic. J'ai vu pourtant, et le fait n'est pas rare, des individus vigoureux, bien portants, chez lesquels la plasticité était exubérante, dont toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient d'une façon parfaite, présenter les accidents ulcéreux syphilitiques les plus graves. Chose curieuse ! leur santé n'en était point troublée ou ne l'était que médiocrement. Ils guérissaient assez vite, mais semblaient condamnés à la fatalité des récidives.

Je crains qu'il en soit ainsi de notre malade. L'action syphilitique, momentanément domptée, n'est point éteinte pour toujours. Elle se réveillera de nouveau dans quelque temps. Où se portera-t-elle ?

Voilà ce qu'il m'est impossible de vous dire. Jusqu'à présent, elle n'a atteint que la gorge, la peau et le biceps gauche. Peut-être choisira-t-elle un autre théâtre, les os ou les centres nerveux, par exemple. Rien ne l'indique cependant. La peau et le pharynx sont les plus menacés. Il

est probable que si ce malade néglige de se soigner, il lui surviendra, à une époque plus ou moins éloignée, des syphilides phagédéniques circonscrites ou quelque grave syphilose pharyngo-nasale.

Y a-t-il un moyen sûr de prévenir une éventualité aussi redoutable ? Je n'en connais qu'un, c'est le traitement spécifique mixte. Encore ne me porterais-je pas garant de son efficacité préventive.

Il a guéri, avec une très-grande rapidité, les lésions que je vous ai montrées. Vous avez pu voir se développer sous vos yeux, dans un laps de temps relativement très-court, son action curative. Eh bien, ne vous hâtez pas d'en conclure qu'en faisant disparaître les accidents actuels, il a étouffé le germe des accidents futurs. Malheureusement il n'en est pas ainsi. Cette grave syphilis n'est qu'au dixième mois. Elle a devant elle un long avenir de manifestations de toutes sortes. Il faut donc la traiter et maintenir longtemps l'organisme sous l'influence des spécifiques, pendant deux ou trois mois, par exemple. Puis on les suspendra pour laisser reposer l'économie et éviter l'accoutumance. Mais à quoi bon porter nos regards si loin ? Revenons à cette singulière affection bicipitale et recherchons-en la pathogénie (1).

X

Pour résoudre ce problème difficile, j'ai cherché à me rendre compte de la contractilité du muscle biceps et de celle de ses antagonistes.

Voici comment j'ai procédé. La première expérience est à la portée de tout le monde et vous pourrez l'essayer sur

(1) Je ne me trompais pas en supposant que ce malade était dans l'imminence de nouveaux accidents syphilitiques. Il sortit de l'Hôpital du Midi le 23 décembre 1875, guéri de la contracture du biceps. Il fut obligé d'y revenir le 5 février pour une syphilide ulcéreuse loca-

vous-mêmes. Pincez brusquement, entre le pouce et l'index, le corps du muscle biceps : vous éprouverez une sensation particulière, une espèce de douleur crampoïde, ayant son siége au milieu de la masse musculaire. De plus vous verrez instantanément se former sur le point même que vous avez pressé, au-dessous de la peau, un bourrelet, large de un ou deux centimètres, haut de quelques millimètres environ, et perpendiculaire à l'axe du muscle. Ce

lisée sur la face. Cependant, la médication interne avait été continuée. Elle n'empêcha pas trois boutons de pousser, l'un sur le nez, les deux autres sur chaque joue. Ces boutons s'ulcérèrent au bout de 8 à 10 jours, vers le 15 janvier 1876 (onzième mois de la syphilis).

Les ulcérations qui leur succédèrent augmentèrent très-vite en étendue et en profondeur. Lors de son entrée elles suppuraient abondamment et avaient le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Je le traitai énergiquement : il prenait chaque jour 4 cuillerées de biiodure ioduré et on lui fit un pansement fixe avec de la pommade emplastique de Vigo et d'onguent napolitain, recouverte de baudruche.— Au bout de 3 jours, douleurs dans les gencives et les dents ; au bout de 6, stomatite vive, sans beaucoup de salivation. (On supprime la pommade, mais on continue le biiodure à la même dose.)

Lors de son entrée, ces trois ulcérations situées l'une à la racine du nez, à droite, au niveau de l'œil, les deux autres sur la région massétérine de chaque joue, étaient en pleine activité et ne manifestaient aucune tendance à la cicatrisation. Eh bien, au bout de 13 jours, le 14 février, l'ulcération de la joue gauche était desséchée et cicatrisée; les deux autres étaient remplies de bourgeons charnus de bonne nature, et en voie de cicatrisation. (On remplace le biiodure par l'iodure de potassium pur.)

En 15 à 20 jours, les ulcérations furent guéries. N'est-ce pas là un exemple remarquable de l'influence curative vraiment merveilleuse qu'on obtient quelquefois en poussant le traitement hydrargyrique jusqu'à salivation ? Il est étrange que la stomatite soit survenue au bout de 3 ou 4 jours d'un traitement mixte qui avait été toléré pendant un mois, lors du premier séjour du malade dans notre service. La santé générale était toujours excellente et cette fois il ne se manifesta aucun accident du côté du système musculaire.

bourrelet contractile, qui résulte de l'excitation produite par le pincement sur un point circonscrit de l'organe, est immobile ou n'est animé que d'un faible mouvement de reptation. Sa durée est éphémère. En moins d'une demi-minute il a disparu. On l'obtient d'autant plus facilement que le muscle est au repos. Lorsqu'il se contracte avec énergie, le bourrelet ne se produit pas, ou, s'il se produit, il est imperceptible. Mais que le muscle soit au repos ou en activité, la sensation musculaire provoquée par le pincement n'en existe pas moins.

Cette aptitude du muscle biceps, à répondre par la formation d'un bourrelet contractile à un semblable mode d'excitation, varie dans de larges limites. Je l'ai vue se développer à un haut degré dans certaines fièvres adynamiques, à l'époque où surviennent les soubresauts des tendons. C'est un phénomène réflexe, indépendant de la volonté, mais qui doit cependant être jusqu'à un certain point empêché ou dominé par elle.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade, le pincement brusque de la masse musculaire du biceps a donné des résultats très-différents à gauche et à droite. A gauche, je n'ai jamais pu obtenir la formation du *bourrelet contractile.* A droite, je l'ai provoquée autant de fois que j'ai voulu. A gauche, le pincement ne déterminait qu'une vague sensation crampoïde, tandis qu'à droite cette même sensation était très-vive et fort nettement perçue.

J'ai tenté ce mode d'exploration sur les deux triceps brachiaux, sans arriver à aucun résultat positif.

XI

Mais ce que j'ai cru constater, messieurs, en étudiant plus attentivement l'affection que je vous décris, c'est que le muscle triceps brachial du côté gauche était, lui aussi, dans

un certain état de tension, de rigidité, comme s'il s'était mis en rétraction pour contre-balancer les effets de celle du biceps. C'est là un point important sur lequel je vais revenir.

Un mode d'excitation musculaire aussi élémentaire, aussi primitif que le pincement, ne pouvait me donner que des notions peu satisfaisantes. Aussi ai-je eu recours à l'électricité.

La première fois que je fis passer un courant galvanique dans le biceps du côté gauche, c'était au moment où la rétraction avait été portée à son summum. Je fus étonné de voir que le muscle répondait peu ou point à cette énergique excitation. Le biceps sain, au contraire, entrait dans un état violent de contraction dès qu'on appliquait sur lui les réophores.

Non-seulement le biceps malade restait inerte, mais encore il ne percevait que très-faiblement la sensation que provoque dans les muscles le passage du courant galvanique. Ainsi il y avait tout à la fois paralysie de l'élément sensitif du muscle ou anesthésie, et paralysie ou affaiblissement de son pouvoir électro-moteur.

J'obtins un résultat négatif à peu près semblable en électrisant le triceps brachial gauche.

Vers la fin de cette première séance d'électrisation, je parvins cependant à réveiller un peu la torpeur de ces deux muscles. Les faisceaux internes du biceps furent ceux qui se contractèrent le plus énergiquement. La partie externe du muscle m'a toujours paru beaucoup plus engourdie et plus insensible.

Afin de bien juger toutes ces nuances, je ne manquai pas d'électriser comparativement le bras malade et le bras sain.

Trois jours après, je recommençai mes expériences, et je fus heureux de voir que l'excitabilité électro-musculaire

était beaucoup plus grande dans les muscles du bras gauche à ce moment-là que lors de la première application. Du reste, l'inflexion et la dureté du muscle, son raccourcissement, la rigidité de son tendon, avaient subi une sorte de détente.

La sensation provoquée par le passage du courant était aussi infiniment moins obtuse que l'avant-veille. J'en conclus qu'il se produisait une amélioration qui m'était révélée du reste par d'autres signes.

Mais les résultats obtenus par l'électrisation des muscles du bras gauche étaient incomparablement moins prompts, moins vifs, moins accusés, soit comme sensation, soit comme contractilité, que ceux qu'on suscitait du côté sain.

J'ai fait deux ou trois autres séances d'électrisation, et, à chaque fois, j'ai constaté que la sensibilité et la contractilité, si émoussées au début dans le biceps et dans le triceps du bras gauche, revenaient peu à peu aux conditions de l'état normal; qu'elles étaient loin toutefois de répondre à l'appel électrique avec la même promptitude et la même énergie que dans le bras sain.

Je n'ai jamais pu obtenir, en électrisant le muscle biceps gauche, une flexion complète de l'avant-bras sur le bras, ni une extension complète, en portant les réophores sur le triceps du même côté.

XII

Je vous en ai dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre que le travail morbide siége réellement dans la partie active du muscle, c'est-à-dire dans ses fibres musculaires, dans ses nerfs, ou peut-être dans les deux éléments à la fois.

Je n'ai jamais compris qu'on ait fait résider exclusivement

cette affection dans les parties fibreuses et inertes du muscle. On pourrait encore soutenir qu'il y a quelquefois *rétraction du tendon.*

Mais comment se rendre compte de tous les phénomènes, en supposant qu'ils proviennent d'une seule source? Et savez-vous quelle est cette source, cette cause unique, d'après certains auteurs? L'inflammation de la bourse synoviale du tendon bicipital.

Qu'il puisse survenir une synovite dans cette région, je suis loin de le nier. Que cette synovite, par la douleur qui se produit lorsque le biceps se contracte, gêne l'action du muscle et le force à placer instinctivement l'avant-bras dans la position la plus favorable au relâchement musculaire, c'est ce que j'admettrai volontiers. Mais que toute l'affection syphilitique du biceps se réduise à la synovite de son tendon, c'est ce que je repousse comme une théorie étroite et beaucoup trop exclusive.

XIII

Quand on place, chez ce malade, les deux membres supérieurs dans une position bien symétrique et qu'on fait infléchir l'avant-bras droit sur le bras, au même degré que l'avant-bras gauche l'est par la rétraction du biceps, on peut constater une grande différence entre les muscles des deux bras. On trouve que les deux biceps sont inégaux.

1° Comme *grosseur :* malgré que le degré de flexion soit le même, à droite et à gauche, le biceps gauche est plus volumineux, plus ramassé sur lui-même que le droit.

2° Comme *consistance :* le biceps droit conserve la souplesse, la mollesse d'un demi-relâchement; le biceps gauche au contraire est ferme et même un peu dur.

3° Comme *tension :* La saillie, la rigidité du tendon bicipital sont beaucoup plus prononcées à gauche qu'à droite.

Qu'en conclurons-nous? C'est que la flexion morbide semble exiger un effort musculaire beaucoup plus considérable de la part du biceps que la flexion naturelle.

Pourquoi? Je crois en avoir trouvé la cause dans l'état du muscle triceps. Il m'a semblé que ce muscle offrait du côté gauche une sorte de tension rétractile analogue à celle du biceps. Ainsi, comme *grosseur*, comme *consistance* et comme *tension*, j'ai découvert entre les deux triceps la même différence qu'entre les deux biceps. Celui de gauche était plus gros, plus dur et plus tendu que celui de droite. Je dois avouer cependant que ces caractères étaient beaucoup moins accusés dans le triceps que dans le biceps.

Néanmoins, en rapprochant ce fait de la diminution du pouvoir excito-moteur et de l'émoussement de la sensibilité musculaire constatés dans le triceps aussi bien que dans le biceps, je serais porté à en conclure que ces deux muscles sont soumis à la même action morbide syphilitique et que de leur antagonisme pathologique résulte l'état anormal de flexion permanente de l'avant-bras sur le bras.

Quand je vous aurai dit que notre patient ne présente aucun autre trouble de la motilité ou de la sensibilité; qu'il n'existe chez lui aucun phénomène d'encéphalopathie ou de myélopathie syphilitiques, je crois que j'aurai épuisé tout ce qu'il présente d'intéressant à étudier ; et il ne me restera plus qu'à vous le montrer de temps en temps pour vous faire constater son état et vous rendre témoins de sa guérison.

(A suivre.)

EXTRAIT DU DISCOURS D'INSTALLATION DE M. HORAND, chirurgien en chef de l'*Antiquaille.*

La dénomination de *teigne* a été donnée au début à toutes les affections du cuir chevelu, comme on donnait le nom de *dartre* à celles du tronc. Plus tard, on réserva le nom de teigne à certaines affections corrodant le cuir chevelu, par analogie avec l'insecte qui ronge les étoffes.

Aujourd'hui, cette dénomination est exclusivement réservée aux affections du cuir chevelu produites par un parasite végétal. C'est à M. Bazin que revient l'honneur d'avoir simplifié leur étude. S'il n'a pas découvert les parasites végétaux, il a du moins attiré l'attention sur eux. Pour lui, il existe trois teignes qui se rattachent chacune à un parasite différent ; ce sont : l'achorion pour le *favus*, le trichophyton tonsurant pour l'*herpès tonsurant*, et le microsporon Audouini pour la *Pelade.*

Que le favus et l'herpès tonsurant soient la conséquence d'un parasite végétal, cela ne peut faire l'objet d'aucun doute ; mais il n'en est pas ainsi pour la *Pelade.* Les considérations et les faits que j'ai exposés dans un mémoire encore récent m'ont permis d'affirmer que cette affection n'est point de nature parasitaire, comme le pense M. Bazin et son école, mais qu'elle est, ainsi que l'a dit Hebra, la conséquence de troubles encore mal connus de l'innervation.

C'est en me basant sur ces nouvelles données étiologiques que j'ai pu instituer un traitement nouveau qui m'a donné d'excellents résultats. Ce traitement est fort simple : il consiste à appliquer, sur les régions malades, des rondelles d'amadou imprégnées d'huile de croton. Cette substance

agit particulièrement sur les follicules pileux, les irrite, les enflamme, et réveille ainsi leur nutrition en stimulant les fonctions des rameaux nerveux. Mais c'est assez insister; j'ai fait connaître ailleurs mes idées sur cette affection.

Le *favus* et l'*herpès tonsurant*, les deux seules teignes vraiment dignes de ce nom, sont beaucoup plus fréquentes que la pelade : aussi devrai-je en parler plus longuement.

Traité à l'Antiquaille avec un grand succès depuis Baumès, le *Favus* a contribué, pour une large part, à faire connaître au loin cet hospice.

La teigne faveuse est très-commune chez les enfants. J'ai eu, en effet, à en traiter 472 cas; mais elle peut exister aussi chez l'adulte et le vieillard. Qu'elle atteigne d'ailleurs le très-jeune enfant ou le vieillard, elle se montre toujours avec les mêmes caractères. Le cuir chevelu n'est pas le siége exclusif du favus; on l'observe fort souvent en différentes régions de la surface cutanée. Mais alors la forme que revêt l'affection n'est pas absolument identique. Ce ne sont pas toujours des croûtes disposées en godets, mais bien souvent des plaques érythémateuses de dimensions variables avec de petits furfures à la surface. Je l'ai rencontré ainsi 28 fois chez des enfants atteints de favus du cuir chevelu. L'affection de la tête s'était propagée à la peau par inoculation accidentelle. C'est également sous forme de plaques érythémateuses qu'il se montre le plus souvent, 9 fois sur 10, lorsqu'on l'inocule expérimentalement sur la peau des membres, ainsi que l'a indiqué M. Bazin (1) et que je l'ai constaté moi-même. Le favus peut d'ailleurs apparaître sur le tronc ou les membres, alors même qu'il n'existe point sur le cuir chevelu. Dans ces cas, on est exposé à des erreurs de diagnostic. Ces plaques érythémateuses sont circinées (2), leur périphérie est bordée de petites vésicules ou de petites

(1) Bazin, *Leçons sur les affections cutanées parasitaires*, 1862, p.39.

(2) Bazin, *loc. cit.*, p. 15.

croûtes, tandis que le centre paraît de prime abord à peine malade, et de plus elles sont très-prurigineuses. Or ce sont là des caractères qui peuvent faire croire à un herpès circiné. Dès lors, il est nécessaire d'observer plus attentivement la marche de l'affection. Loin de guérir, le centre de la plaque érythémateuse favique se recouvre bientôt de furfures plus abondants ; de petits godets quelquefois se dessinent autour des poils, et les bords perdent ordinairement leur forme circinée. L'examen microscopique peut du reste faciliter le diagnostic, en faisant reconnaître la nature du parasite. L'étiologie elle-même peut être dans ce cas d'un grand secours, en permettant de retrouver le favus comme cause de l'affection.

Un de nos honorables professeurs de l'École vétérinaire, dont le nom est inséparable de l'histoire du favus, a présenté, sur lui-même, un exemple de cette manifestation cutanée du favus. J'ai eu moi-même l'occasion d'en observer plusieurs cas, dont l'un m'a paru plus particulièrement intéressant. Je l'ai fait dessiner pour le magnifique album de l'Antiquaille. Il s'agissait d'une jeune fille qui, griffée par un chat en jouant avec lui, eut une plaque de favus circiné de la nuque. M. Rodet a également signalé cette forme circinée du favus de la peau, chez des enfants contagionnés par un rat favique.

Je dois dire encore que le favus cutané a peu de tendance à s'étendre ; souvent il guérit seul ou par de simples soins hygiéniques. Dans les cas plus rebelles, il cède rapidement à quelques badigeonnages avec la teinture d'iode.

Il est un autre siége du favus qui mérite d'être particulièrement indiqué, non pas qu'il ait été méconnu, mais au contraire parce qu'on en a exagéré la fréquence. Les enfants atteints de favus se grattent incessamment la tête, soit parce que le parasite végétal détermine du prurit par lui-même, soit parce qu'il est souvent accompagné de pe-

diculi, contrairement à l'opinion qu'a soutenue un de mes collègues, M. Hénon (1). On a pensé que la matière favique, pénétrant sous l'ongle, devait très-facilement s'inoculer dans cette région. Il n'en est rien. Le favus de l'ongle est rare, très-rare même. Sur les 472 enfants que j'ai traités à l'Antiquaille, 5 seulement ont présenté cette affection unguéale, et je puis affirmer qu'aucun cas n'a passé inaperçu, car ce point de l'histoire du favus n'a cessé d'attirer mon attention.

L'étiologie du favus a été, dans ces dernières années, l'objet de recherches intéressantes, et l'école de Lyon, en la personne de M. le professeur Saint-Cyr, y a contribué pour la plus grande part. Sans vouloir entrer dans des détails historiques, je dirai qu'il est parfaitement avéré aujourd'hui que les animaux sont susceptibles de contracter le favus, et que parmi eux le chat et le rat en sont le plus souvent affectés. Ordinairement le favus se transmet du rat au chat, et du chat à l'homme; mais l'intermédiaire du chat n'est pas indispensable. Notre collègue, M. R. Tripier, l'a prouvé expérimentalement. M. Rodet en a signalé un cas observé dans sa clientèle. Tout dernièrement encore, je publiais, dans le *Journal de l'école vétérinaire de Lyon,* l'exemple d'un rat favique qui avait transmis sa maladie à un enfant de 7 ans, en déposant des spores dans des vêtements sur lesquels on l'avait vu se promener. La mère fut elle-même contagionnée par son enfant. L'un et l'autre avaient un favus de la peau.

Ce fait bien prouvé a une certaine valeur; car il est fréquent de constater l'existence d'un favus épidermique chez des sujets plus ou moins avancés en âge, sans qu'on puisse remonter à la source de la contagion. Or, il y a tout lieu de croire que, dans ces cas, le favus a la même origine que chez l'enfant cité plus haut.

(1) Hénon, *De la teigne faveuse*, 1864. — Montpellier.

Une particularité m'a frappé durant mon séjour dans le service des teigneux : c'est que le favus soit si peu fréquent dans notre ville, alors que les rats faviques y sont très-nombreux, si nombreux que plusieurs de mes confrères et moi-même en avons observé un grand nombre. Il existe des maisons, non pas anciennes, mais dont la construction ne remonte pas au delà de 10 à 15 ans, où tous les rats que l'on prend sont atteints de favus, et pourtant les enfants restent ordinairement indemnes. Comment expliquer ce fait? Je l'ignore. Peut-être faut-il admettre que la chevelure étant à la ville l'objet de soins plus minutieux, la propreté est le meilleur préservatif du favus.

Quoi qu'il en soit, il ressort d'une manière évidente, et en cela je suis en parfait accord avec les auteurs, que le favus s'observe dans le plus grand nombre des cas sur des enfants qui viennent de la campagne, et qu'il est rare de le rencontrer chez les enfants des grandes villes. On peut donc dire avec raison que le favus est la teigne des campagnes.

Si la nature parasitaire du favus, si sa puissance contagieuse était encore aujourd'hui contestée, je pourrais rappeler mes expériences. Chez le chat, le chien et le rat, quel que soit d'ailleurs leur âge, j'ai toujours inoculé le favus avec succès. Ces expériences ont été rapportées dans la thèse d'un de mes anciens internes, le Dr Vincens (1). Malgré l'ancienneté de la matière favique, le résultat est le même, elle conserve tout son pouvoir contagieux. Des débris de godets, conservés pendant une année entière dans du papier, ont produit chez un rat un favus des plus caractéristiques.

La nature parasitaire du favus étant bien démontrée, le traitement paraît simple, et il semble que l'on puisse tou-

(1) Vincens, *Recherches expérimentales sur l'herpès tonsurant chez les animaux*. — Paris, 1874.

jours espérer une rapide guérison. Il faut détruire le parasite ; mais le but est difficile à atteindre. Pour cela il n'y a qu'un moyen, l'*épilation*. Tous les parasiticides ont une action secondaire, et ne sont pas indispensables; peut-être même sont-ils inutiles, car j'ai traité comparativement des malades par l'épilation seule, et par l'épilation combinée avec les parasiticides les plus recommandés, tels que le sublimé, le turbith, et je n'ai pas constaté de différence dans la durée du traitement.

Quant à la méthode d'épilation, à l'Antiquaille on a depuis Baumès abandonné la calotte pour les bandelettes agglutinatives. — Aujourd'hui, j'ai complétement remplacé l'application des bandelettes par l'épilation à la pince, car leur arrachement, sans être extrêmement douloureux, a quelque chose de cruel. Les cris des malades, les efforts de l'opérateur, le sang qui suinte parfois, constituent un spectacle pénible. D'ailleurs, le traitement par ce procédé est plus long, l'épilation étant moins complète, et en été, les bandelettes, ramollies, n'étant plus agglutinatives. — Faite avec soin et habileté, l'épilation à la pince est parfaite, une main exercée ne laisse échapper aucun poil malade. De telle sorte qu'avec ce mode d'épilation, la durée moyenne de traitement pour un favus est actuellement de 6 mois à l'hospice de l'Antiquaille. Toutefois je suis convaincu que l'on peut encore en abréger la durée par une épilation sinon plus parfaite, au moins plus fréquente.

Comme le favus, l'*herpès tonsurant* constitue à l'Antiquaille une partie assez importante de la population des enfants. Ainsi, pendant 7 années, j'en ai traité 181 cas.

Jusque dans ces dernières années, les malades atteints de teigne tonsurante étaient admis dans les mêmes salles que les scrofuleux et vivaient avec eux : il en résultait de sérieux inconvénients. La contagion était fréquente, si bien que le nombre d'herpès allait chaque jour augmentant :

il arrivait qu'un enfant, entré dans le service pour une manifestation scrofuleuse de courte durée était un jour atteint d'herpès tonsurant et condamné ainsi à prolonger son séjour à l'Antiquaille pendant plusieurs mois, quelquefois plusieurs années.

Soumis à la juste appréciation de notre administration hospitalière, ces faits provoquèrent une importante amélioration. Sur la demande de mon prédécesseur, M. Dron, un service spécial et indépendant fut créé; mais il fut bien vite reconnu insuffisant, et il fallut construire le bâtiment où les enfants se trouvent aujourd'hui dans les meilleures conditions possibles pour leur guérison. Dès le jour où a été créé ce service isolé, les exemples de contagion ont cessé et le nombre des herpès a rapidement diminué.

Aujourd'hui, l'attention est aussi mieux attirée sur cette teigne éminemment contagieuse. Les enfants des Providences, qui jadis restaient longtemps sans traitement, sont amenés à l'hospice dès le début, mais ils forment néanmoins encore, comme autrefois, la plus grande partie de la population du service.

A l'encontre de ce que j'ai signalé pour le favus, les enfants atteints d'herpès tonsurant appartiennent presque tous aux grands centres de population. La teigne tonsurante est bien la teigne des villes.

La statistique suivante, dressée dans mon service, vient à l'appui de cette opinion formulée par tous les dermatologistes qui ont étudié cette question.

STATISTIQUE.

	FILLES.	GARÇONS.	TOTAL.
Providences et Orphelinats (Lyon)..	15	8	23
Colonie d'Oullins (Lyon)...........	»	7	7
Ecoles diverses (Lyon)	4	11	15
Chez leurs parents (Lyon)	2	9	11
Antiquaille avant l'isolement......	7	2	9
Providence des environs...........	6	»	6
A la campagne....................	1	1	2

Cependant, si l'on cherche quelle est l'origine du trichophyton tonsurant, c'est-à-dire du parasite végétal qui est la cause de la teigne tondante, on est surpris d'en trouver la source dans l'espèce bovine. Cette opinion, soutenue par Malherbe et Letenneur, a été confirmée depuis par les recherches de M. Bazin et d'autres auteurs. J'ai voulu également vérifier ces faits, et il m'a été facile de constater l'existence du trichophyton, soit sur les vaches du Parc, soit sur les animaux d'espèce bovine rassemblés à Lyon en 1870, dans la prévision d'un siége. Le trichophyton peut exister aussi dans l'espèce chevaline. M. Bazin l'avait soutenu, et moi-même je l'ai constaté sur un cheval du train des équipages. Celui-ci l'avait transmis à son cavalier qui présentait un herpès circiné du bras des plus caractéristiques. Ce qui prouverait une fois de plus que l'herpès circiné et l'herpès tonsurant sont produits par un même parasite, si cette question pouvait encore aujourd'hui faire l'objet d'un doute.

Il était curieux de savoir si le chat, le chien et le rat, qui ont de nombreux rapports avec l'homme, pouvaient être atteints de trichophytie. Aussi est-ce dans ce but que j'ai entrepris les recherches qu'a publiées M. Vincens (1).

Chez des rats même très-jeunes qui contractent si facilement le favus, je n'ai jamais pu inoculer l'herpès tonsurant, quoique j'aie eu soin de varier le procédé d'inoculation. Il n'en est pas de même chez le chat, car lorsque j'ai eu la précaution d'expérimenter sur de jeunes sujets, mes inoculations ont toujours été couronnées de succès. Si en effet, on veut réussir, il ne faut pas choisir un chat âgé de plus de 6 mois, la teigne tondante constituant pour l'homme une maladie du jeune âge et de l'adolescence. Pour ma part, je ne l'ai d'ailleurs jamais observée au delà de l'âge de 17 ans.

(1) Vincens. *Loc. cit.*

Si l'herpès tonsurant peut naître chez le jeune chat et se manifester par les mêmes caractères que chez l'homme, il guérit par contre avec une plus grande facilité. Je l'ai constaté, et M. Lailler l'a vu comme moi chez un de ces petits animaux que j'avais soumis à son observation. Le chat est donc susceptible de contracter les deux teignes, quoiqu'il constitue pour l'herpès un terrain moins favorable que pour le favus.

On se demande naturellement s'il peut transmettre à l'enfant le trichophyton comme l'achorion. Sur ce point, l'expérimentation n'est plus permise ; il faut se contenter des faits cliniques, et j'avoue que je ne connais aucun exemple bien avéré d'herpès tonsurant ou circiné transmis du chat à l'homme. Les cas qui ont été signalés comme tels me paraissent être des exemples non d'herpès circiné, mais de favus à forme circinée. Ce n'est donc pas à cette source que l'enfant se contagionne.

Quant au chien, on peut, lorsqu'il est jeune, lui inoculer le trichophyton aussi facilement, plus facilement peut-être que l'achorion : toutefois chez lui, comme chez le chat, le parasite meurt assez vite et la maladie guérit sans le secours d'aucun traitement.

Les cas d'herpès circinés contractés au contact d'un chien ne sont cependant pas rares et j'en ai vu pour ma part plusieurs exemples. Mais je n'ai jamais observé d'herpès tonsurant reconnaissant cette origine d'une manière bien évidente.

On le voit, les sources où l'enfant peut contracter la teigne tondante sont diverses, néanmoins il n'en est pas encore de parfaitement avérées. Ce que l'on sait de plus certain, c'est que cette teigne est très-contagieuse et qu'elle se transmet avec la plus grande facilité d'un enfant à un autre. Je dois dire cependant que je n'ai jamais pu faire naître un herpès circiné sur le bras d'un enfant atteint

d'herpès tonsurant ; j'ai pourtant varié mes expériences, employé des procédés divers, et j'ai toujours échoué, alors même que l'enfant présentait dans d'autres régions des plaques d'herpès circiné. D'autres expérimentateurs, M. Bouchard, entre autres, ayant mieux réussi, et cela sur lui-même, je ne m'explique pas mes insuccès, à moins d'admettre que l'herpès circiné trouve un terrain beaucoup plus favorable chez l'adulte que chez l'enfant.

Toutes ces expériences, quelque intéressantes qu'elles soient, n'auraient qu'un médiocre résultat si elles ne servaient à éclairer d'autres points encore obscurs, de l'histoire de ces deux teignes.

On a dit que l'herpès tonsurant et le favus reconnaissent pour cause le même parasite, et que l'un n'est que le degré moins avancé de l'autre. On est même allé plus loin et l'on a soutenu que le parasite végétal, cause de ces deux teignes, n'est qu'une transformation du penicillum glaucum, due au terrain sur lequel il se développe. Or les faits que j'ai signalés plus haut démontrent assez que sur les animaux, on recueille du favus ou de l'herpès suivant que l'on a semé l'un ou l'autre ; et que par conséquent l'achorion et le trichophyton sont deux parasites tout à fait différents. Bien plus, on a vu que le rat, capable de contracter l'un, était tout à fait rebelle à l'autre. En semant chez lui un mélange de matière favique et trichophytique, on ne voit jamais se développer que le favus.

Peut-on cependant, de telles expériences, conclure de l'animal à l'homme ?

Alors que les enfants atteints, soit de favus, soit d'herpès tonsurant, étaient traités dans les mêmes salles, j'avais pu constater plusieurs fois sur la même tête l'existence simultanée de ces deux teignes. Elles ne paraissaient pas d'ailleurs se modifier l'une l'autre et conservaient chacune leurs caractères spéciaux.

Toutefois j'ai penséque si elles siégeaient au même point, il n'en serait peut-être plus de même, et que l'achorion, ayant une puissance de germination plus grande que le trichophyton, pourrait gêner le développement de ce dernier. Songeant aussi à la durée de l'herpès tonsurant qui est souvent de plusieurs années ainsi qu'à sa résistance à tous les moyens préconisés, alors que le favus guérit toujours dans l'espace de 6 mois, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, j'ai cru qu'il y avait là une transformation à réaliser. Les faits m'ont donné pleinement raison. Le cas était des plus favorables. L'enfant avait une plaque d'herpès tonsurant située à la pointe de l'occipital, d'un diamètre de six centimètres environ. Au centre, je fis une inoculation de matière favique, et bientôt après, je vis apparaître de magnifiques godets; j'avais alors sous les yeux un favus se développant au centre d'un herpès tonsurant. Ce fait était curieux et prouvait d'une manière évidente la différence essentielle de l'achorion et du trichophyton. Aussi l'ai-je montré à la Société des sciences médicales et fait dessiner pour l'album de l'Antiquaille. Mais ce qui est plus intéressant encore, c'est que peu à peu et au fur et à mesure que le favus grandissait, l'herpès disparaissait. Il n'exista bientôt plus qu'une plaque scutiforme de favus, dont quelques épilations eurent rapidement raison. L'enfant sortit complétement guéri.

Cet heureux résultat était fait pour m'encourager à de nouvelles tentatives. Sur un autre enfant atteint de teigne tondante, traité sans succès depuis un certain temps, j'inoculai du favus au centre d'une des plaques trichophytiques. Bientôt apparurent de petits godets qui détruisirent promptement le trichophyton.

Je regrette de n'avoir pas plus tôt essayé un pareil traitement. Ceux qui viendront après moi pourront juger s'il produit dans tous les cas d'aussi heureux résultats.

Toutefois il m'est permis de conclure que le favus et l'herpès tonsurant sont deux teignes absolument distinctes, et ne sont point des transformations plus ou moins avancées d'un même parasite. J'ai d'ailleurs semé tour à tour sur de jeunes animaux la *moisissure du bois* indiquée par Hallier, l'*aspergillus glaucus*, le *penicillum glaucum* et ces expériences ne m'ont jamais donné que des résultats négatifs.

Quoi qu'il en soit, l'herpès tonsurant est une teigne très-rebelle au traitement. Elle dure toujours des mois, souvent des années, surtout dans les hôpitaux où les enfants en voie de guérison sont constamment exposés au danger d'une nouvelle contagion. Heureusement, malgré sa longue durée, cette affection n'est jamais suivie d'alopécie, comme le favus. Elle disparaît spontanément lorsque les malades arrivés à un âge plus avancé n'offrent plus un terrain favorable au développement du parasite. Alors tous les moyens sont capables d'amener la guérison : c'est assez dire qu'aucun n'a une action vraiment efficace.

L'épilation qui guérit le favus est impraticable pour l'herpès tonsurant, au moins au début, alors que les cheveux désagrégés par les spores se brisent sous la pince. Je l'ai essayée, même au moyen des bandelettes et j'ai dû y renoncer. En râclant la plaque d'herpès avec un peigne fin, on produit chez ces enfants le même effet qu'en pratiquant chez eux l'épilation. Cela est si vrai qu'on aurait vu une jeune fille guérir d'un herpès tonsurant par le frottement continuel de la tête contre l'oreiller, par suite de mouvements choréiques. Lailler a reconnu, lui aussi, l'inutilité ou mieux l'impossibilité de l'épilation, car il conseille de raser les parties malades. Plus tard, quand l'affection approche de sa fin, l'épilation devient possible, mais elle n'a plus sa raison d'être, et c'est à tort qu'on voudrait lui attribuer l'honneur de la guérison. Pour moi, après avoir essayé toutes les substances recommandées : précipité

rouge, acide chromique, calomel, glycérine, sublimé, perchlorure de fer, acide phénique, iodure de soufre, sulfate de quinine, arséniate de soude, iodo-chlorure mercureux, teinture d'iode, goudron, chlorate de potasse, sulfate de cuivre, soufre, sous-carbonate de soude, huile de cade, sulfate de fer, turbith, tannin, huile de térebenthine, iodoforme, alun, voire même le chloral que j'avais expérimenté sans succès longtemps avant M. Dujardin-Baumetz, je suis arrivé à ne faire usage que de la teinture d'iode et des préparations au turbith ou au calomel. Les substances irritantes, loin de détruire le trichophyton, en favorisent le développement, et sur ce point d'accord avec M. Cazenave, je les proscris absolument.

J'ai dit que le cuir chevelu était chez l'enfant le lieu de prédilection du trichophyton, mais il n'est point son siége exclusif. Il peut encore se développer, sur le tronc, la face, les membres et en particulier au niveau des ongles.

Pour ma part, je l'ai observé un grand nombre de fois sur la peau, sous forme d'herpès circiné, mais avec des caractères dignes d'être signalés. Dans presque tous les cas les enfants étaient affectés en même temps d'herpès tonsurant, de telle sorte que l'herpès circiné n'était chez eux que le résultat d'une inoculation accidentelle à la peau de la teigne tonsurante.

L'herpès circiné siégeait principalement sur le cou, la face, entre les épaules ou sur les membres supérieurs. Il se montrait le plus souvent sous la forme de plaques érythémateuses rappelant celles qui caractérisent le favus épidermique, c'est-à-dire sans vésicules apparentes, sans bourrelet circonférentiel, rouges et parsemées de furfures au centre comme à la périphérie. Quant à leurs dimensions, elles ne dépassaient pas celles d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc. Elles pâlissaient, s'effaçaient et disparaissaient sans traitement dans l'espace de 15 jours.

D'autres fois, rarement il est vrai, il s'agissait de véritables plaques d'herpès circiné, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, dont les bords étaient rouges, saillants, vésiculeux tandis que le centre paraissait sain. Toutefois ces plaques, comme les précédentes, avaient peu de tendance à s'étendre, et quelques badigeonnages avec la teinture d'iode suffisaient pour les guérir. Enfin dans certains cas la plaque d'herpès circiné, située au front ou à la nuque, était constituée par une circonférence dont la partie correspondante à la peau avait les caractères de l'herpès circiné et celle qui empiétait sur le cuir chevelu rappelait ceux de l'herpès tonsurant. Cette disposition, d'ailleurs déjà connue, a servi à prouver que l'herpès circiné et la teigne tonsurante sont produites par un même parasite végétal.

Je n'ai jamais rencontré chez l'enfant des plaques d'herpès circiné, de plusieurs centimètres de diamètre, avec des cercles concentriques, semblables à celles que l'on voit chez l'adulte. Il me semble donc que l'enfant ne constitue pas un terrain favorable au développement de l'herpès circiné, et c'est ainsi que je crois pouvoir expliquer les insuccès de nos inoculations.

La blépharite trichophytique est tellement rare chez l'enfant que je n'en ai rencontré aucun cas, même chez ceux qui étaient affectés d'herpès tonsurant depuis plusieurs années. Par contre, j'ai eu à traiter 5 cas d'*onychomycosis trichophytique*, dont un seul s'était développé indépendamment de la teigne tonsurante, ce qui me conduit à admettre que l'herpès unguéal est plus fréquent que le favus de cette même région. Enfin, comme sur ces 5 malades, il y a 4 filles, il semble que cette affection est plus fréquente chez elles que chez les garçons.

Le trichophyton se développe aux dépens de la substance cornée de l'ongle, qu'il dissocie et réduit à l'état de simple lame papyracée. C'est en râclant les débris de

l'ongle que l'on trouve le parasite. Le microscope fait découvrir non-seulement des spores, mais des tubes de mycélium en grand nombre. On peut se convaincre ainsi que certains auteurs ont eu tort d'écrire que le trichophyton n'est constitué que par des spores et ne renferme pas de mycélium. Mycélium, tubes sporophores se rencontrent dans l'herpès circiné et l'onychomycosis trichophytique comme dans le favus, mais en moins grande abondance.

L'herpès unguéal est difficile à guérir; il nécessite l'ablation de l'ongle. Quelquefois même le parasite reparaît avec l'ongle nouveau, comme pour les cheveux après l'épilation. On est alors obligé de recourir à une deuxième opération. L'ongle enlevé, on badigeonne la surface unguéale avec la teinture d'iode et cela pendant plusieurs jours de suite, puis on fait des onctions avec une pommade au turbith ou au calomel.

Il est encore un point de l'histoire des teignes sur lequel je tiens à dire quelques mots. Je veux parler de l'influence des fièvres éruptives sur ces affections. C'est à peu près exclusivement chez les enfants que l'on peut étudier cette question qui est vraiment pleine d'intérêt. Lorsqu'un enfant atteint de favus ou d'herpès tonsurant contracte une variole, une rougeole, on se demande de suite ce que va devenir le parasite sous l'influence de la fièvre éruptive. La température plus élevée en favorisera-t-elle le développement, ou bien le terrain sur lequel il vit, profondément modifié, ne lui fournira-t-il plus les éléments nécessaires à sa nutrition? *A priori* il est difficile de le dire, mais avec des faits cliniques la réponse est facile.

Le parasite sommeille pendant le cours de la maladie intercurrente, puis il reprend son activité dès que le malade revient à la santé. Il en a été ainsi dans tous les cas que j'ai observés et dont le nombre est indiqué dans le tableau suivant :

Statistique des fièvres éruptives survenues chez les enfants atteints de favus ou d'herpès tonsurant.

	FAVUS.	HERPÈS TONSURANT.
Rougeole	13	11
Variole	1	1
Varioloïde	6	2
Varicelle	2	7
Scarlatine	2	1
Erysipèle	3	2

Je ne sais comment expliquer le cas signalé par M. Luton (1) dans lequel il s'agit d'une teigne faveuse guérie par une variole intercurrente. Que cette teigne ait temporairement disparu, je le conçois, mais que la guérison ait été définitive, je ne puis le comprendre. Les spores qui infiltrent les gaînes n'ont pas été détruites, car on sait leur résistance; elles ont dû reprendre leur activité quand le terrain est redevenu favorable, sinon lorsque la variole est survenue, le favus était déjà en voie de guérison.

A l'encontre de la manière de voir de M. Luton, je citerai l'exemple d'une jeune fille de 16 ans atteinte de la teigne faveuse. A chaque époque menstruelle, elle souffrait d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu, et chaque fois son favus restait stationnaire pendant quelques jours. Mais malgré une desquamation lamelleuse abondante, les godets apparaissaient de nouveau dès que l'érysipèle avait disparu.

A mon avis, les exanthèmes fébriles agissent moins sur le parasite en modifiant la surface cutanée que sur l'économie tout entière. Ce qui le prouve, c'est que les pyrexies, les inflammations des organes internes, telles que la pleurésie, la pneumonie, produisent des effets identiques.

(1) *Union médicale*, 1874, t. I, p. 910.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

(Suite.)

Nous ne confondrons pas avec la lèpre vulgaire l'éléphantiasis des Grecs, ou lèpre vraie, et nous rencontrons sur cette maladie trois mémoires. Le premier, *Sulla Lebbra in Sicilia*, per G. Profeta (*Lo Sperimentale*, sept. 1875), et le second, *Leprosy and its varieties*, by J. W. Ross (New-Orleans, *Medical and Surgical Journal*, sept. 1875), sont des études locales sur la lèpre observée dans ces diverses régions, et nous y renvoyons nos lecteurs sans insister davantage. Du reste, ce mémoire de G. Profeta est publié *in extenso* en tête de ce numéro. Quant au troisième travail du même genre, il est dû à la plume de M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Sous le nom de *Lèpre nostras tuberculeuse, tachetée et anesthésique*, M. Vidal nous rapporte une très-curieuse observation de cette affection, si rare dans nos climats, et qui a pris naissance sans antécédents, sans autre cause connue qu'une brusque suppression de la transpiration chez un homme de trente-sept ans, bien portant jusque-là, français, et n'ayant jamais habité les pays chauds. Nous trouvons notée une alopécie presque complète, et, bien que M. Devergie l'ait indiquée aussi comme caractère de la maladie, nous ferons observer que ce signe est loin d'être absolu. En effet, tous ceux qui ont feuilleté le bel atlas du livre de Danielssen et Bœck, *Sur la Spedalskhed*, savent bien que les lépreux y sont représentés avec d'abondantes chevelures. Indiquons aussi la réunion des formes tuberculeuse, tachetée et anesthésique,

apanage ordinaire d'une période avancée de la lèpre. L'amélioration a-t-elle tenu à l'usage de deux douches chaudes par jour, du valérianate en infusion, et du bromure de potassium à la dose de 4 grammes par jour, ou bien est-elle due à une de ces phases de rémission assez communes dans le cours de la lèpre, voilà ce que M. le docteur Vidal charge l'avenir de nous apprendre. (*Gazette des hôpitaux*, nº du 17 juillet 1875.)

Après la lèpre vraie, nous arrivons à l'Eléphantiasis des Arabes. Dans un mémoire qui a pour titre : *A case of elephantiasis arabum*, M. J. Neill commence par réunir et par discuter les affections si nombreuses comprises sous les noms de lèpre et d'éléphantiasis. Pour lui, la lèpre des Juifs, la lèpre des Grecs, et l'éléphantiasis des Grecs ne sont qu'une seule et même maladie successivement dénommée ainsi pour les descriptions qu'en ont laissée les auteurs de ces divers pays : c'est l'affection générale, tuberculeuse ou anesthésique, à laquelle il consacre une description assez étendue et du reste fidèle. — Quant à l'éléphantiasis des Arabes, c'est une affection locale, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et intéressant surtout le système lymphatique. Il affecte principalement les extrémités, et, avant tout, les extrémités inférieures (*Barbadoes leg*), le pénis et le scrotum. — Puis l'auteur rapporte un cas d'éléphantiasis de la verge chez un homme de trente-cinq ans, traité par l'amputation, et guéri, après une opération qui n'avait pas duré moins de quatre heures et avait entraîné une perte de sang considérable. Le poids de la tumeur était de 25 livres. — L'examen microscopique a été fait par le docteur Shakespeare, qui a ajouté la représentation grossie des éléments que l'on voit au microscope. Le mémoire renferme en outre deux gravures qui nous montrent le malade avant et après l'opération. (*American Journal of the medical sciences*, july, 1875.)

Les maladies cutanées d'origine parasitaire sont représentées par un mémoire. M. Rémy, interne des hôpitaux, a exposé à la Société anatomique, en juin 1875, ses *Recherches sur l'anatomie microscopique du favus*, portant sur des pièces conservées dans l'alcool, et traitées au picro-carminate d'ammoniaque. Contrairement à l'opinion généralement reçue, M. Rémy croit que le parasite siége bien plus souvent entre les deux couches de l'épiderme que dans l'intérieur du cheveu lui-même : il dissocie et brise ce dernier, mais sans pénétrer dans son intérieur. — Les spores détruisent la couche cornée de l'épiderme pour arriver à la couche papillaire, où elles puisent, dans un afflux sanguin, les éléments de leur multiplication ; les godets faviques donnent lieu à de la péri-lymphangite. Le parasite ne pénètre point dans les vaisseaux. (*Progrès médical*, n° du 20 novembre 1875.)

Obéissant à l'idée préconçue que la blennorrhagie, aiguë ou chronique, reconnaît pour cause la présence d'organismes microscopiques, M. Georges Halsted Boyland, disciple en cela de Hutchinson, publie un mémoire *On the treatment of venereal disease by salicylic acid*, dans lequel il rapporte huit observations d'affections vénériennes (et non syphilitiques), guéries naturellement au moyen d'un anti-zymotique, l'acide salicylique : c'est surtout contre les chancres mous que ce moyen paraît avoir fait merveille. (*American Journal of the medical sciences*, october 1875.)

Les travaux originaux sur la syphilis ont été nombreux et très-importants. Nous en commencerons la revue par celui que M. le professeur Parrot a consacré à l'étude des *Lésions osseuses que la syphilis héréditaire produit chez les enfants*. Placé à la tête d'un service hospitalier qui reçoit des enfants depuis l'âge d'un jour jusqu'à celui de deux ans, l'auteur admet que les enfants offrant des lésions syphilitiques à la peau et aux viscères montrent toujours

aussi des lésions osseuses, mais que ces dernières peuvent exister seules. Ses recherches ont porté sur plus de cinquante cas, et lui ont permis d'établir plusieurs catégories de faits. — Chez les enfants âgés de un à sept jours, atteints de syphilis intra-utérine, on trouve des ostéophytes autour de la diaphyse, et la couche chondro-calcaire qui sépare le cartilage du tissu spongieux a augmenté d'épaisseur. — Chez ceux qui ont de cinq à six semaines à trois mois, dégénérescence gélatiniforme, recouvrant une ulcération des os. On a confondu cet état avec la véritable paralysie provenant de l'atrophie des os; l'observation a démontré que cette prétendue paralysie guérit par le mercure. — Plus tard, entre cinq et six mois, l'apparition des ostéophytes se fait sur l'humérus, en même temps que se montrent la décalcification des os et leur médullisation, c'est-à-dire l'envahissement de l'os ramolli et raréfié par le tissu médullaire, en même temps que l'exagération du volume de la partie inférieure des os par des lamelles osseuses qui se surajoutent. — Plus tard encore, à la surface des os apparaît une couche de tissu chondroïde, analogue à celui qu'on observe dans le rachitisme; peut-être, hasarde M. Parrot, certains cas attribués au rachitisme n'étaient-ils que de la syphilis héréditaire. La différence entre les deux lésions tiendrait à ce que le rachitisme n'offre pas de dégénérescence gélatiniforme, et que le tissu spongoïde ne se montre pas aux extrémités des os, affectées d'éburnation et de calcification exagérée.

Le livre de M. R. W. Taylor (de New-York), *Syphilitic lesions of the osseous system in infants and young children* est un travail aussi savant et beaucoup plus étendu que celui de M. Parrot. Après avoir résumé les travaux de ses devanciers, il y a joint le résultat de ses observations personnelles, et ses recherches sur la dactylite syphilitique, sur la syphilis osseuse infantile, etc. — L'au-

teur examine successivement les gonflements, les tuméfactions des os longs, des os courts, aux doigts, des os plats, au crâne et à la face. Ces tumeurs ont une marche lente ou une marche rapide. Contrairement à ce qui se produit chez les adultes, il n'y a pas de violentes douleurs. — Comme anatomie pathologique, il se rattache aux idées émises par M. Parrot, et il s'efforce de distinguer les unes des autres les lésions syphilitiques et celles du rachitisme. — Après l'étude de l'influence étiologique du père et de la mère, M. Taylor aborde le chapitre du traitement avec toute l'autorité d'un clinicien consommé. — En somme, livre excellent, rempli de faits, montrant que l'auteur est au courant de tout ce qui a été écrit avant lui sur le sujet qu'il traite, et auquel il a considérablement ajouté par ses travaux personnels. (In-8°, 179 p. *New-York*, William Wood and C°, 1875.)

M. Hughlings Jackson, médecin au « London Hospital », attaché au service des paralysés et des épileptiques, était mieux placé qu'un autre pour nous parler de la syphilis cérébrale. Nous en trouvons toutes les variétés décrites dans *The Syphilitic affections of the nervous system*. L'auteur débute en disant que les signes cérébraux fournis par la syphilis n'ont souvent rien de particulier, et qu'on doit commencer par bien assurer le diagnostic de la syphilis. Puis il fait observer qu'on ne connaît encore, en fait de lésion syphilitique cérébrale, que les maladies des enveloppes, du tissu connectif et des vaisseaux, mais non celles du tissu nerveux lui-même. Par conséquent les signes nerveux, si prononcés cependant, ne sont que secondaires, et presque toujours produits par compression. — Puis il nous énumère les lésions des nerfs crâniens, avec les modifications de l'odorat et de la vue, l'amaurose, la choroïdo-rétinite, la paralysie du nerf moteur commun, la maladie de Ménière, (vertige, vomissements, etc.), l'aphonie par paralysie de la

huitième paire. Vient ensuite une sorte d'encéphalite syphilitique ; mais l'auteur déclare n'avoir pas observé de méningite sous l'influence de la syphilis ; au contraire, Lancereaux aurait vu et mentionné des cas de méningite aiguë causée pas des lésions syphilitiques de la dure-mère. L'épilepsie syphilitique, si bien étudiée à l'étranger, et qui a tant de peine à se faire jour chez nous, est précédée d'une véritable « aura » dans la main ou le côté de la face. L'hémiplégie syphilitique reconnaît trois formes : l'une, causée par la compression due à une gomme ; la seconde résulte de la rupture d'une artère syphilisée ; la troisième, passagère, succède aux convulsions de l'épilepsie. La démence et la manie syphilitiques sont des accidents qui suivent les paroxysmes, surtout après l'épilepsie. (*Journal of mental science*, July, 1875.)

Dans une *Note sur l'otite aiguë syphilitique*, M. le docteur Ladreit de la Charrière nous montre que cette affection se présente souvent avec des symptômes spéciaux. Les deux conduits auditifs sont ordinairement atteints simultanément, leurs parois sont tuméfiées, mais non comme cela se présente pour le gonflement de l'otite simple. La peau est fendillée, rouge ; le tympan, humide ou baigné de pus, est rouge, éraillé. Le produit de sécrétion est d'abord transparent et fluide, puis il prend les caractères du muco-pus liquide ; il a une odeur particulière, désagréable. Les malades se plaignent seulement de diminution de l'audition, de sensations de plénitude de l'oreille, etc. Mais cette otite se distingue de l'otite aiguë simple, dont le début est toujours si douloureux jusqu'à ce que l'écoulement se soit établi. On ne peut la confondre avec l'otite herpétique, que l'on reconnaît à la présence de vésicules d'herpès, ni avec l'otite eczémateuse dans laquelle la sécrétion est plus abondante, et le liquide ne coule pas au dehors. — Cette otite guérit le plus souvent sans laisser de traces ; cepen-

dant, on constate pendant quelque temps un peu de surdité due soit à un état catarrhal des caisses, soit à un peu d'épaississement du tympan. Le traitement syphilitique, des injections calmantes, rendues astringentes par addition de borax, les frictions sur les apophyses mastoïdes avec la pommade à l'iodure de potassium, constituent la base de la médication. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1er mai 1875.)

Enfin, nous recommanderons à ceux qui veulent tout apprendre la lecture d'un ouvrage de M. le Dr Mireur (de Marseille), intitulé : *la Syphilis et la Prostitution*, dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale, et la loi. C'est un livre très-original et très-bien fait, dans la première partie duquel l'auteur donne un véritable traité de prophylaxie générale de la vérole. — Dans la seconde, il développe un système de précautions en rapport avec la prostitution, et recommande une série de nouvelles mesures à l'attention de l'administration. Il faut savoir gré à notre distingué confrère de s'être engagé résolument sur les pas de Parent-Duchatelet et de M. Jeannel, dans la voie un peu répugnante de l'hygiène publique de nos vices. (1 vol. gr. in-8°, 476 pag., *Paris*, G. Masson, 1875.)

Après cette revue des travaux originaux sur les maladies cutanées et syphilitiques, et avant de parler des cliniques d'abord, puis des thèses sur la matière, soutenues pendant l'année devant notre antique Faculté, nous voudrions dire quelques mots à propos du rapport de M. le professeur Chauffard *sur la réorganisation des cours cliniques complémentaires de la Faculté de médecine de Paris*. Dans son numéro du mardi 30 novembre 1875, *l'Union médicale* a publié les conclusions du rapport, et ces conclusions ont été fort longuement et très-injustement, selon nous, discutées dans *le Lyon médical*. Comment peut-il se faire que, quand il vient à se produire un vœu aussi sérieux que

celui de l'inspecteur général pour l'ordre de la médecine, vœu qui propose d'ajouter à l'importance des cliniques complémentaires, il rencontre de l'opposition dans le corps médical lui-même, sous le spécieux prétexte que les professeurs-adjoints proposés seront encore dans un grand degré d'infériorité en face des professeurs titulaires? N'est-il pas d'ailleurs plus utile de considérer avant tout l'enseignement au point de vue des élèves, et l'avenir des jeunes générations médicales? — En ce moment même, il se produit, à la Faculté, un phénomène bizarre : un professeur bien connu, à juste titre, par ses nombreux travaux en dermatologie, M. Hardy, aurait dû quitter l'enseignement hospitalier, s'il n'avait obtenu d'échanger sa chaire de pathologie contre une chaire de clinique médicale..... de clinique médicale, vous avez bien lu, et non pas de clinique des maladies syphilitiques et cutanées. Ah! certes, la Faculté est trop pauvre sans doute pour s'accorder le luxe de demander une pareille fondation; et, quand elle a précisément sous la main l'homme qu'il lui faudrait aller chercher, si elle ne le possédait pas, pour remplir cette place, elle laisse échapper, comme toujours, l'occasion de faire un acte de justice en conseillant au ministre, comme une faveur, une transformation qu'auraient justifiée et les services rendus par M. le professeur Hardy à l'étude de la dermatologie, et le succès croissant qu'avaient auprès des élèves ses cours cliniques de l'été. Nous ne pensons pas cependant que notre illustre maître soit moins à sa place à la clinique de l'hôpital Necker qu'à celle de l'hôpital Saint-Louis. Loin de nous cette idée : tout au contraire, les cours professés par lui à la Faculté ont montré à toute la jeunesse médicale que M. Hardy est aussi bien fait pour lui enseigner la clinique médicale générale que la clinique cutanée spécialisée. Aussi, s'il nous est permis, maintenant que toutes ces questions délicates ont été tranchées, de formuler un désir, ce sera

de voir M. Le Doyen, récemment nommé, et tout disposé à sauvegarder à la fois les intérêts de ses professeurs et ceux des élèves, fortifier de tout son pouvoir cet enseignement clinique complémentaire si ignoré souvent des jeunes docteurs qui vont s'établir en province, en y nommant les brillants agrégés qui ne manquent pas à l'heure actuelle, afin que ceux-ci puissent faire des élèves et de bons élèves; qu'ils utilisent les documents si nombreux que renferment nos hôpitaux spéciaux, et qu'enfin ils jettent sur notre Faculté un éclat nouveau. Sans cela, sachez-le bien, on courrait le risque de voir les étudiants, abandonnés à eux-mêmes, chercher en dehors de la Faculté, dans des cliniques libres, des préceptes et des notions que l'Ecole et l'Etat leur doivent, sans vouloir les leur offrir. (Notre vœu s'est trouvé réalisé lors de la publication des cours d'été de la Faculté.)

Du reste, l'enseignement clinique des maladies cutanées et syphilitiques a jeté assez d'éclat pendant l'année qui vient de finir pour que nous rendions un peu compte des généreux efforts de nos confrères et de leur inépuisable complaisance à montrer leurs trésors à qui veut travailler.

A tout seigneur, tout honneur : pendant l'année scolaire 1874-1875, M. le professeur Béhier a consacré deux leçons de son cours de clinique interne à l'étude de la *pellagre sporadique*, à propos d'un sujet affecté de cette maladie, et mort dans le service. Après nous avoir donné l'observation de son malade, et l'avoir comparée à une autre observation un peu plus ancienne, qu'il a recueillie également à l'Hôtel-Dieu, M. Béhier nous fournit, en quelques lignes, un historique très-précis de la question ; puis il indique la triade symptomatique, érythème pellagreux, troubles intestinaux, troubles nerveux. La nature de la maladie offre au professeur l'occasion de faire une sérieuse critique des opinions diverses des auteurs qui ont écrit sur

ce sujet. Pour lui, comme pour MM. Charcot et Bouchard, la pellagre est une maladie engendrée par la misère, une alimentation insuffisante, la fatigue, les chagrins ; c'est une affection plus fréquente pendant l'été, où les *rayons chimiques* du soleil produisent, sur les parties exposées du corps, un érythème spécial : celui-ci, en effet, ne siége pas sur les points protégés même par une simple courroie. — M. le professeur Béhier rejette absolument comme étiologie l'alimentation par le maïs affecté d'un champignon analogue à celui du seigle ergoté : sans doute, cette cause peut survenir comme adjuvant dans les années de disette ; mais on rencontre un grand nombre de pellagreux qui n'ont jamais mangé de maïs. — L'anatomie pathologique de l'affection n'offre rien de particulier, sinon qu'elle permet souvent de constater la présence d'une affection organique, cancer ou autre, qui explique l'état de misère extrême dans lequel est tombé l'organisme, qu'on l'appelle pellagre, scorbut, cachexie famélique, ou typhus de la faim. (*Progrès médical*, nos des 6, 13 et 20 novembre 1875.)

Dans une clinique professée à l'hôpital Saint-Louis *sur les scrofulides*, M. Hardy nous affirme qu'il réserve le nom de scrofulides aux manifestations graves de la scrofule, tandis que M. Bazin applique indistinctement ce terme à toutes les affections cutanées qui se montrent chez des scrofuleux. En règle générale, elles affectent volontiers les mêmes régions ; elles se recouvrent de croûtes brunes ou noires, jamais vertes, élément précieux du diagnostic avec les syphilides ; au-dessous se trouvent des ulcérations à bords décollés ; leur durée est illimitée, et leur tendance à l'ulcération augmente de jour en jour. Pour M. Hardy, les scrofulides se présentent sous cinq formes : 1° scrofulide erythémateuse, saillante, rouge, à squames arrondies, à manifestations centrifuges ; 2° scrofulide pustuleuse, croûtes analogues à celles de l'impétigo, d'où le nom d'impé-

tigo rodens; 3° scrofulide acnéique; 4° scrofulide tuberculeuse, laissant après elle de vastes ulcérations; 5° scrofulide phlegmoneuse. On doit surtout insister sur les moyens hygiéniques généraux, les eaux chlorurées sodiques de Salins, de Vichy, l'eau de mer, les eaux sulfureuses chaudes, Luchon, Aix, Aix-la-Chapelle, Barèges. (*Gazette des hôpitaux*, n° du 7 sept. 1875.)

M. Lailler a fait cette année une série de leçons sur les affections du cuir chevelu de nature parasitaire. Dans un entretien *sur la pelade*, après quelques considérations sur les idées anciennes et nouvelles de M. Bazin au sujet des teignes, M. Lailler admet avec ce célèbre dermatologiste que la pelade est la troisième variété des teignes, les deux premières variétés étant le favus et la teigne tondante. Deux formes de la pelade : achromateuse et décalvante. Trois périodes : 1° période germinative, apparence poudreuse et terne des cheveux; 2° l'aspect de la partie devient grisâtre; chute des cheveux; plaques d'un aspect tomenteux et mamelonné; 3° parfois plaques glabres, décoloration de la peau, d'où le nom de pelade achromateuse. On peut observer la guérison absolue, ou la guérison à la suite d'une calvitie plus ou moins complète; enfin on a noté des récidives. — Aujourd'hui, en France, la majorité des observateurs assigne pour cause à la pelade la présence d'un champignon, le *microsporon Audouini* ; mais il est difficile à apercevoir, et M. Lailler ne se prononce pas d'une façon absolue sur son existence. — Comme thérapeutique, M. Bazin pratiquait l'épilation; M. Vidal emploie les vésicatoires, M. Lailler, les irritants. La maladie diminue en raison des précautions hygiéniques plus grandes que l'on prend aujourd'hui, par rapport à autrefois, et elle tend à disparaître. (*Gazette des hôpitaux*, n° du 14 septembre 1875.)

Dans ses leçons sur les *Généralités sur les teignes*,

M. Lailler rappelle rapidement l'historique de la question, et nous montre qu'il faut arriver jusqu'à Schœnlein et Gruby pour trouver la notion d'un parasite végétal. On découvre des spores et des tubes à spores, ou mycélium, dans les squames, les croûtes et les poils, où on les recherchera avec de faibles grossissements d'abord. — Les teignes sont contagieuses de l'homme à l'homme, et des animaux entre eux et à l'homme ; mais il n'est pas d'exemple authentique d'une contagion de teigne de l'homme aux animaux. Les teignes affectent volontiers la forme annulaire ; le champignon s'accroît par sa circonférence et se détruit par son centre. Ses lésions sont superficielles, fréquentes chez les enfants, rares chez les vieillards. Plusieurs teignes peuvent coïncider sur le même individu. Le premier précepte est d'isoler, puis de nettoyer et d'épiler un teigneux. Les teignes guérissent d'autant plus vite que l'inflammation, produite par l'épilation, a été plus vive. (*Gazette des hôpitaux*, nos des 30 sept. et 5 oct. 1875.)

M. le Dr Guibout a aussi continué, cette année, ses leçons cliniques. Ses *Quelques vues d'ensemble sur le diagnostic des maladies de la peau* nous rappellent que, dans les affections cutanées, le diagnostic doit porter sur l'espèce, ou lésion élémentaire, ou lésion anatomique, sur le genre de cette espèce, et enfin sur la nature de la lésion. — On n'arrivera toujours pas avec facilité à la diagnose; car on rencontre de nombreuses causes d'erreur, telles que l'ancienneté de la maladie, l'influence fâcheuse exercée par des traitements erronés, la coexistence de plusieurs lésions en un même point, les variétés d'une même affection suivant son siége, les formes bizarres ou rares que peuvent revêtir certaines maladies cutanées. (*Union médicale*, n° du 4 mai 1875.)

M. Guibout a consacré deux leçons à l'étude de l'*impétigo ;* s'il n'admet pas les nombreuses divisions et subdivi-

sions créées par M. Bazin, il écarte aussi la doctrine de M. Hardy, pour lequel l'impétigo n'est qu'une exagération de l'eczéma; et, après avoir divisé la maladie en idiopathique et symptomatique, il étudie les divers états qui peuvent donner naissance à l'impétigo, tels que les parasites, la scrofule, la syphilis, etc. (*Union médicale*, nos des 9 et 18 déc. 1875.)

Enfin, sous les titres de *caractères généraux des lésions apparentes ou externes de la scrofule au point de vue de leur diagnostic* (*Union médicale*, nos des 19, 24 août et 2 sept. 1875), et de *syphilis maligne galopante* (*Union médicale*, nos des 25 et 27 mai 1875), M. Guibout étudie ces deux grandes diathèses que l'on rencontre à chaque pas dans les salles de l'hôpital Saint-Louis. Nous avons déjà parlé plus haut de la première; nous dirons plus loin quelques mots de plus sur la seconde.

A l'hôpital du Midi, M. Mauriac a pris pour sujet de ses entretiens la *diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de* 1870-1871 et la *rareté actuelle du chancre simple.* Ces deux sujets ont été déjà trop bien analysés dans le dernier numéro des *Annales* par notre confrère, M. le Dr Louis Jullien, pour que nous y insistions à nouveau (*Gazette des hôpitaux,* nos des 27 et 29 juillet, 10, 17, 31 août, 2, 21 et 23 septembre, 7 et 13 octobre, 11, 16 et 25 novembre, 9, 14, 21 décembre 1875.)

L'hôpital de Lourcine nous a donné l'enseignement clinique de M. Alfred Fournier, et ses entretiens *sur l'épilepsie syphilitique tertiaire.* Là, le professeur nous enseigne des faits beaucoup plus connus à l'étranger que chez nous, où ils n'ont encore que très-exceptionnellement le droit de domicile. Parmi les diverses formes de la syphilis cérébrale, se montre l'épilepsie, plus commune et plus intéressante à la troisième période de la vérole qu'à la première et à la

seeonde. — En règle générale, dit M. Alfred Fournier, quand l'épilepsie apparaît pour la première fois chez un sujet adulte, on a neuf ehanees sur dix pour que la syphilis en soit la eause, paree que l'épilepsie essentielle, vraie, ne fait jamais sa première apparition à l'âge adulte, à l'âge mûr, e'est-à-dire au-dessus de 30 à 35 ans. — Il n'est pas douteux que les attaques ne révèlent l'existence d'une syphilis cérébrale; on sait en effet que celle-ci est due à des lésions eortieales, périphériques, intéressant la substanee grise dont l'excitation morbide a une grande tendance à se traduire par des convulsions épileptiformes ou épileptiques. — Les accidents dc l'épilepsie apparaissent sous les deux formcs elassiques : 1° l'attaque convulsive, grand mal, la plus fréquente, offrant les mêmes signes que le grand mal essenticl; 2° les formes variées du pctit mal, vertiges, sensations et tournoiements, absences, etc. Les deux variétés peuvent être distinctes, ou, à une période plus avancée de la maladie, eoïncider ou alterner. — Quelquefois le grand mal syphilitique cst la première manifestation de la diathèse ; bientôt succession d'autres attaques, rares d'abord, puis de plus en plus rapprochées. — Au début, les crises sont en tout semblables à celle de l'épilepsie essentielle; plus tard s'y mêlent les signes du petit mal; plus tard eneore des troubles de la mémoire, affaiblissement progressif ou saeeadé de cette fonetion, des aceidents intelleetuels, tels que de l'hébétude progressive, des modifieations profondes dans le caractère du sujet, de l'excitation maniaque, et même de l'aliénation mentale; puis de la céphalalgie, des vertiges congestifs, de l'aphasie et des paralysies. En somme, eette épilepsie, qui, d'abord, paraît essentielle, tend peu à peu à revêtir les allures d'une épilepsie symptomatique. — L'importanee du diagnostic de la cause n'échappera à personne; il ne repose guère que sur des suppositions; c'est ainsi que, dans la marehe et l'évolution

de l'épilepsie syphilitique, on note les mêmes signes que dans l'épilepsie essentielle, sauf peut-être les suivants : le cri initial manque dans la syphilis; les paralysies succèdent plus souvent aux accès qu'après ceux de l'épilepsie vraie ; les accidents convulsifs ont de la tendance à se localiser dans un côté ; les intervalles des crises sont peut-être aussi plus compliqués de troubles morbides ; enfin l'âge du sujet et l'influence démonstrative du traitement seront aussi de sérieux éléments du diagnostic causal. — Quelle est donc la conduite à tenir en présence d'une épilepsie débutant chez un sujet âgé de plus de 30 ans? Recherche faite de toutes les causes susceptibles de développer l'épilepsie dans l'âge adulte, si aucune de ces causes n'est applicable au cas actuel, il faudra prescrire le traitement antisyphilitique. Malheureusement, ces sages préceptes ne sont pas encore admis par la généralité des médecins en France, et l'on perd en tergiversations un temps précieux, quand il eût été si utile de traiter un malade le plus près possible du début de sa syphilis cérébrale. — Ces consciencieuses leçons se terminent par les conclusions suivantes, que nous transcrivons et que nous engageons tous nos confrères à méditer sérieusement : « 1° toute épilepsie survenue pour « la première fois sur un sujet adulte, à antécédents syphi- « litiques *connus*, doit être attaquée par le traitement spé- « cifique; — 2° toute épilepsie, survenue dans les mêmes « conditions sur un sujet à antécédents syphilitiques *incer-* « *tains* ou *reniés*, doit encore, à moins d'être explicable « par une autre cause que la syphilis, être soumise empi- « riquement à la médication spécifique. » (*Union médicale*, n^os des 9 et 23 oct., 6 et 13 nov. 1875.)

(*A suivre.*)

Dr Edouard LABARRAQUE.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES ET CUTANÉES, par MM. P. Diday et A. Doyon, Paris, 1876, librairie G. Masson. (1 vol. in-8° de 887 pag.)

L'étude des maladies vénériennes et cutanées a été de nos jours l'objet de travaux sans nombre. Mais si les controverses les plus fructueuses ont éclairé leur pathogénie, leur nature, leur symptomatologie, il faut bien avouer que leur thérapeutique est restée à peu près en dehors du grand mouvement scientifique. Interrogez les traités les plus recommandables sur la matière, les grandes lignes du traitement y sont seules tracées, les méthodes sont discutées, mais les procédés restent dans l'ombre. D'autre part les ouvrages de thérapeutique ne sont pas plus instructifs à cet égard. A moins qu'il n'ait une longue fréquentation des hôpitaux, quelles ne sont donc pas les incertitudes du médecin, lorsqu'il se trouve aux prises avec les difficultés d'une pratique dont les détails lui sont étrangers ? Et pourtant il n'est peut-être pas de maladies où l'influence du traitement soit plus immédiate et plus directe que les maladies spéciales ; il n'en est pas qui, en raison de leur fréquence, de leurs dangers pour l'individu et pour la famille, de leur transmissibilité, soulèvent de plus graves questions sociales, judiciaires, administratives. Il n'en est pas, en un mot, en présence desquelles le praticien réclame plus impérieusement un guide.

Frappés de ce défaut de la littérature médicale, MM. Diday

et Doyon viennent de publier collectivement une thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées. Louer dans les *Annales de dermatologie* l'œuvre d'un collaborateur aussi assidu et aussi apprécié que M. Diday, le maître de tant de générations, cet illustre vétéran de la syphiliographie ; parler dans les termes qu'elle mérite de l'œuvre de M. Doyon, le propre fondateur de ces *Annales*, serait pour moi chose difficile : aussi me bornerai-je à l'analyse pure et simple de cet ouvrage, en essayant de faire comprendre l'esprit général qui a présidé à sa rédaction.

PREMIÈRE PARTIE.

Maladies vénériennes, par M. Diday.

La blennorrhagie uréthrale provient toujours du contact du pus d'une blennorrhagie, c'est là sa seule origine. Cependant bien souvent « en examinant la femme qui a communiqué le mal, on ne trouve chez elle que de la leucorrhée : c'est qu'une goutte de pus virulent, reste d'une ancienne affection, communique à l'inoffensive perte blanche ses propriétés contagieuses. En résumé, tenez-vous à plaire à vos deux clients, à celle qui trompe, comme à celui qui veut être trompé ? acceptez la perte blanche pour argent comptant, laissez cette étiquette honorable garantir les produits d'un commerce dont les fraudes ne pourraient être mises à jour sans péril pour la paix des ménages. — Tenez-vous au contraire à connaître la vérité vraie ? Interrogez, explorez à fond les femmes incriminées, examinez leur vagin plusieurs heures après qu'elles se sont lavées, leur urèthre plusieurs heures après qu'elles ont uriné ; n'omettez jamais le speculum, pressez avec la glande de Bartholin, et souvent une goutte de pus, émergeant à l'impro-

viste, vous fournira à la fois l'explication du passé et la sauvegarde de l'avenir. »

Afin de mettre dans la description autant de précision que la thérapeutique en exige, M. Diday divise l'évolution de la blennorhagie en quatre périodes :

1° Celle du début, où l'on peut faire avorter le mal « un picotement a été senti dans la fosse naviculaire, instantané comme celui d'une mouche qui se pose. Dès lors un vieux routier, un blennorrhagien émérite connaît son sort. Il a pu s'y laisser prendre ; il ne s'y laissera pas tromper. Ce simple éclair, ce vague frémissement éclatant en pleine santé, au moment où la fatigue résultant du coït avait cessé, lui dénote l'invasion fatale ; c'est alors que l'on peut essayer les injections un peu fortes de nitrate d'argent, 0,2 de sel sur 18 grammes d'eau distillée. »

2e Celle d'état où il n'y a pas d'espoir d'obtenir la cure rapide, et où parfois il serait préjudiciable de la tenter, état irrépressible. Sur l'abstention de toute thérapeutique active pendant cette période, M. Diday n'admet aucun tempérament. « Il est triste, dit-il, de voir revenir, tous les huit jours, un homme à qui l'on ne peut répondre que par la décourageante formule « prenez patience ». S'il ne vous accuse pas tout haut de *le traîner en longueur*, soyez sûr, qu'à ses yeux, vous y mettez un mauvais vouloir systématique; son langage, ses obsessions, ses visites réitérées dénotent, malgré lui, cette impression, qu'on retrouve identique à tous les degrés de l'échelle sociale. Ces insinuations ne sont que trop claires ; souvent elles m'ont fait monter la rougeur au front; et je comprends que certains confrères trouvent plus facile d'y céder que d'y résister. C'est pourtant dans ce dernier parti qu'est le devoir du médecin. Placé entre les soupçons d'ajourner les remèdes par cupidité et la certitude de nuire en les donnant trop tôt, il ne doit pas hésiter à adopter la temporisation. »

3° Celle de maturité, où la cure active peut et doit être provoquée ; période répressible. Un écoulement ne doit être considéré comme mûr que lorsque la matière, ayant été recueillie assez longtemps après l'érection et prise entre deux doigts, file à un centimètre de longueur. Ce moment venu, vous devez administrer le copahu, sous forme d'opiat, et les injections de nitrate d'argent.

4° La période de chronicité, où des indications spéciales naissent de la tendance du mal à persister. Cet état bien connu sous les noms de blennorrhée, vulgairement goutte militaire, n'est rien moins qu'une individualité morbide. M. Diday décrit successivement : *la blennorrhagie chronique*, son caractère clinique est de pouvoir, sous l'influence des causes excitantes, repasser momentanément à l'état aigu (lavement de copahu, injections, vésicatoires sous la verge); — *la blennorrhée proprement dite*, écoulement susceptible, sous l'influence de causes excitantes, de repasser momentanément à l'état contagieux. Notons ici que M. Diday n'attribue qu'une importance médiocre à la formation des rétrécissements commençants dans l'étiologie de ces écoulements. « Il est indiqué, dit-il, de faire disparaître tout rétrécissement uréthral bien constaté, mais en commençant cette cure, soyez sobre de promesses, car le plus souvent le résultat ne répond point aux espérances que la théorie semblait autoriser ; vous supprimez une complication de la blennorrhée, mais non sa cause; — *le suintement muqueux,* qui présente comme caractère clinique de ne plus pouvoir, sous l'influence de quelque cause excitante que ce soit, repasser même momentanément à l'état aigu (lotions, irrigations froides, glace au périnée, lavements froids, cautérisation).

M. Diday décrit immédiatement après la blennorrhagie, les uréthropathies non traumatiques qui peuvent la simu-

ler. Ces blennorrhoïdes sont l'uréthrorrhée et l'herpétisme uréthral.

Viennent ensuite les blennopathies sur lesquelles je passerai rapidement. La thérapeutique de la cystite du col est l'objet des développements les plus complets et les plus intéressants. En somme, dit M. Diday, en se résumant, la meilleure règle de conduite « consiste, le malade étant muni d'une tisane délayante et d'un bon révulsif au sacrum, à essayer, l'un après l'autre et selon l'indication, les agents tirés des médications antiphlogistique, narcotique, sédative directe. Ne s'opiniâtrer systématiquement dans l'administration d'aucun d'eux, quelque rationnel qu'il puisse paraître, mais passer à un autre si le malade continue à souffrir : tel est actuellement, je l'avoue en toute humilité, le dernier mot de la médecine en pareil cas. »

Le chapitre II comprend l'histoire de *la chancrelle.* Nous y retrouvons les opinions bien connues de l'auteur sur le bubon d'emblée chancrelleux. On sait, en effet, que pour M. Diday le pus virulent qui, dans les cas ordinaires, peut arriver dans le ganglion avec tout son pouvoir ulcérant sans avoir cependant ulcéré le vaisseau lymphatique, peut aussi traverser, en la laissant indemne, une autre partie du système absorbant, celle qui met ce système en communication avec l'extérieur, savoir : l'épiderme et le derme. Pour ce qui est du phagédénisme, son histoire et les moyens propres à le combattre sont exposés avec les plus grands détails. En nous rappelant les tribulations dont M. Diday fut autrefois la victime, à la suite d'une inoculation expérimentale personnelle, nous soupçonnons qu'il a dû céder aux inspirations d'un cuisant souvenir. Notre maître a savouré la volupté des représailles, et ce n'est pas nous qui nous en plaindrons contre ce vieil ennemi qui, il faut bien l'avouer, n'a pas trop fait parler de lui dans ces derniers temps. Il le poursuit, le traque dans ses causes

(causes de type asthénique, causes de type sthénique), ses variétés (gangréneuse, phagédénique proprement dite), ses formes (aiguë ou chronique) avec un acharnement sans égal. On remarquera surtout les considérations sur l'efficacité de l'opium, moyen proposé par M. Rodet, le fer rouge (M. Rollet), et l'intéressante description d'une variété rare de phagédénisme, la *chancrelle écorçante.*

La troisième partie est consacrée à la syphilis. Il me serait difficile, on le comprend, d'analyser complétement un chapitre aussi considérable. Je me bornerai à résumer brièvement les idées de l'auteur sur les principes généraux qui doivent guider la thérapeutique de la syphilis.

Assurément M. Diday n'est point un mercuriophile, assurément aussi sa pratique diffère de la pratique habituelle des mercurialistes. Ses idées sur le traitement de la syphilis n'ont pas sensiblement varié depuis la retentissante publication de l'*Histoire naturelle de la syphilis*, cet admirable ouvrage qui restera comme un des plus beaux titres de l'école syphilographique actuelle. A ces questions : le traitement mercuriel, fait pendant la durée du chancre, retarde-t-il l'apparition des accidents ultérieurs ou en atténue-t-il l'intensité? Son expérience répond que chancreux mercurialisés et chancreux non mercurialisés sont égaux devant la maladie consécutive, ont mêmes chances d'avoir une vérole forte ou faible. « C'est là ma pensée, ajoute-t-il, et même en la formulant dans ces termes, je céderais aux hydrargyrophiles plus que ce dont mes chiffres ne me permettent de disposer. » S'il consent donc à prescrire le spécifique dans certains cas contre le chancre, c'est que ce traitement jouit d'une efficacité réelle contre l'induration périchancreuse, laquelle est du reste le présage presque certain d'une vérole forte. A propos de pronostic, on me saura gré de reproduire ici l'échelle syphilimétrique indiquée par M. Diday.

« Ainsi, en thèse générale, doit inspirer, dès la première éclosion, des inquiétudes sur sa gravité, une syphilis :

« *a*. Dont le chancre primitif a été fortement et est resté longtemps induré;

« *b*. Dont l'incubation, à partir du début du chancre, a été au-dessous de 40 jours ;

« *c*. Dont les prodromes, malgré la bonne constitution du sujet, ont été marqués par une débilitation profonde;

« *d*. Dont la première poussée tégumentaire a été papuleuse, squameuse ou pustuleuse, au lieu d'être simplement érythémateuse; — a été d'emblée confluente; — a envahi simultanément la face antérieure et postérieure du tronc, le cuir chevelu, les régions palmaires et plantaires;

« *e*. Où les plaques muqueuses se manifestent en même temps ou presque en même temps que l'éruption cutanée; apparaissent dans un endroit sans y avoir été sollicitées par aucune cause habituelle ou accidentelle d'irritation; affectent une forme plus profonde que ne le comporte la région ou la texture; sont, par exemple, ulcéreuses au bord de la langue, au scrotum, à la vulve, à l'anus; se manifestent sur des régions où la membrane muqueuse, par sa structure, se rapproche de la peau;

« *f*. Qui frappe un sujet âgé, affaibli, mal constitué, lymphatique, relevant d'une affection dyscrasique, pauvre, imparfaitement nourri, dyspeptique, exposé au froid humide, sujet aux pollutions, profession sédentaire ou nocturne, intempérant, alcoolisé, *joueur*, névropathique, bourrelé de soucis d'affaires, timoré, ou insouciant et indocile.

« Pour résumer les conditions inverses, disons seulement qu'on peut bien augurer d'une syphilis apparaissant, 50 jours après un chancre parcheminé, sous forme de roséole, chez un jeune homme sanguin, en position de se soigner, tout en continuant ses occupations, bien prévenu

de la durée de sa maladie et ne lisant pas de livre de médecine. »

Au reste, pour tous en général, pour ces derniers surtout, M. Diday attribue une grande influence au traitement général. « C'est de toniques, de reconstituants que le malade a besoin avant tout. Mais formulez discrètement. Ne bourrez pas votre client de drogues; ménagez son estomac : c'est encore quand il digère bien que ce viscère travaille le mieux à la guérison de la vérole.

« L'hygiène doit se prescrire avec la même réserve. N'intervenez point en réformateur. Quel doux sourire n'ai-je pas vu, cent et cent fois, s'épanouir sur des lèvres inquiètes qui venaient de me dire « Et le régime ?... » à ma constante réponse : « Ne changez rien à votre manière de vivre. » A la vérité, j'élimine toujours de mes ordonnances le *régime doux* (que je vois stéréotypé sur celles de quelques confrères) : mais je n'omets pas moins soigneusement les fameuses *viandes saignantes, grillées et rôties*, qui, en moins de quinze jours, inspirent une satiété aussi pernicieuse qu'insurmontable. Je permets le café et jusqu'au petit verre, me contentant de veiller à ce qu'on mange à sa faim et à heures réglées.

« *Rien d'exceptionnel* étant, en ce cas, ma devise, vous devinez que je n'accepte point le sacrifice des clients qui, pleins d'une confiance trop flatteuse, veulent quitter leur pays, leurs affaires pour se mettre, disent-ils, entre mes mains pendant toute la durée du traitement... Ceux-là vous consacrent volontiers un, deux, trois mois ; mais à ce prix, ils entendent être guéris sans retour. Or, vous savez que la chose n'est pas possible, que du moins, on ne peut jamais garantir que la maladie sera terminée à ce bref délai. Aussi, quand après avoir *végété* trois mois dans une grande ville dont ils fuient les distractions et n'ont connu que l'isolement et l'influence anémiante, ils voient survenir une réci-

dive, jugez de leur désespoir, et jugez de l'effet de ce désespoir sur l'état de l'organisme. »

M. Diday termine son travail par une dernière partie, aujourd'hui célèbre, qui, dès son apparition, a conquis à cet ouvrage la plus immense et la plus légitime popularité. La presse a reproduit, tout le monde a lu et relu les trois chapitres: *Les syphilitiques en famille; Jeunesse et génésie; Impuissance* dont les exquis détails rappellent les pages étincelantes de l'*Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis* et de la *Physiologie de l'amour*. M. Diday est un écrivain de race et un praticien consommé, c'est une banalité que de le répéter; à nul autre plus qu'à lui il n'appartenait de révéler ces mystères, je dirai volontiers ces petites misères de la pratique ; nul autre ne pouvait, avec plus d'autorité, tracer les règles qu'il serait désirable de voir présider aux rapports intimes des individus. Tantôt empruntant la forme du dialogue, tantôt se bornant au récit de ses observations, éclairant, fouillant tout problème, sa verve l'entraîne à la discussion de mille questions que la pruderie ou l'ignorance s'étaient plu jusqu'alors à laisser dans l'ombre. De même qu'en présence de la maladie il prend le praticien par le bras, conduit sa main, lui trace ses ordonnances, de même il le prémunit contre les malades, êtres essentiellement complexes et variables, prévient leurs exigences et dicte les réponses qui doivent leur être faites. On serait presque tenté de reprocher à ce maître si précis, si attentif, qui prévoit toutes les surprises du mal, de laisser trop peu à l'initiative de chacun, de rendre la spécialité trop facile ! Tel a été du reste le but de M. Diday, qui nous l'apprend dans sa préface; il a voulu que chacun de ses lecteurs initiés soit fait spécialiste. Nul ne contestera qu'il n'y ait pleinement réussi.

DEUXIÈME PARTIE.

Maladies cutanées, par M. Doyon.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la thérapeutique des maladies cutanées ; comme M. Diday, l'auteur prévient qu'il prétend se borner absolument au traitement. Mais le moyen de parler thérapeutique, sans exposer brièvement causes et symptômes ! Grâce à cette heureuse nécessité, nous possédons aujourd'hui d'excellents tableaux nosologiques, fort méthodiquement ordonnés, où, malgré la concision à laquelle il se condamnait, l'auteur a toujours su conserver une entière lucidité. M. Doyon possède vraiment l'art d'être bref sans sacrifier le moindre détail, sans que le lecteur y perde aucun enseignement ; et je sais peu de livres où l'auteur fasse preuve, avec une simplicité plus grande, de connaissances bibliographiques aussi étendues. Dans ces rapides aperçus auxquels il faudrait ajouter si peu pour en faire des chapitres complets, c'est plaisir de voir avec quelle hauteur de vue, quel scepticisme vraiment scientifique, M. Doyon fait sa part à chaque système, et rend justice à chaque nom. Et que de vérités dans ces arrêts rendus d'un mot, dont les considérants n'ont d'autre appui que la pratique de l'auteur et sa grande érudition. C'est évidemment chose nouvelle qu'un livre écrit sur les maladies cutanées avec un aussi sage esprit d'éclectisme, et je ne ferai nulle difficulté d'avouer qu'il fait peu regretter la manière de ces preux toujours luttant, attaquant de ci, ripostant de là, qui ont fait de la dermatologie une science de combat.

Mes lecteurs seront sans doute surpris en apprenant que M. Doyon ne propose aucune classification nouvelle ; « les

classifications abondent en dermatologie, écrit-il dès les premiers mots, toute nationalité, toute doctrine, toute époque médicale même revendique la sienne. Obscur ou célèbre, il n'est guère de spécialiste qui n'en ait proposé, professé une, une pour le moins. M. le docteur Jacquaise, dans sa thèse inaugurale, a réuni 41 classifications.... non compris la sienne. » Le plan restreint et le but pratique qu'il s'était proposé, interdisant à notre auteur la discussion si souvent stérile des difficiles questions de la pathologie générale, l'a conduit à un simple groupement des affections de la peau, au point de vue spécial de la thérapeutique; aussi ne doit-on pas s'étonner, si les éléments en ont été empruntés tantôt à la forme éruptive, tantôt au siége anatomique, tantôt à la constitution histologique, tantôt à un caractère séméiologique saillant, tantôt enfin à la nature démontrée ou présumée de la maladie.

Les deux premiers chapitres ont trait aux exanthèmes non contagieux, — erythème, urticaire, roséole, — et aux taches, — purpura, éphélides, melasma, vitiligo. — Dans le second, je relève la curieuse observation suivante. « Bien des fois j'ai eu l'occasion d'observer à la suite de blessures, notamment à la partie antéro-inférieure des jambes, des taches jaunâtres qui résistaient à tous les traitements. Et, chose bizarre, j'ai parfois vu une pigmentation analogue apparaître sur l'autre jambe, quoique celle-ci fut restée indemne de toute violence extérieure. »

J'arrive au troisième chapitre, celui de l'eczéma, qui est assurément l'une des parties les plus remarquables de l'ouvrage. C'était pour M. Doyon la première occasion qui s'offrait à lui de s'expliquer sur les doctrines de M. Bazin concernant l'arthritisme. Voici en quels termes est formulée cette profession de foi : « Nous pensons, comme M. le professeur Hardy, que l'eczéma est la manifestation d'une seule et même diathèse, de la diathèse dartreuse.

Toutefois, s'il nous est impossible d'admettre que l'arthritisme ait une importance aussi grande que l'énonce M. Bazin, dans la genèse de certaines dermatoses, cela ne veut pas dire que l'eczéma ne puisse se rencontrer chez les individus rhumatisants ou goutteux, aussi bien que chez ceux exempts de ces maladies constitutionnelles... Sans admettre, comme le veut M. Bazin, un rapport de cause à effet direct, réel, exclusif, nous reconnaissons très-volontiers que lorsque l'eczéma se rencontre chez des individus rhumatisants ou goutteux, il y a tout avantage à employer les alcalins à l'intérieur, concurremment avec la médication locale. » En fait de médicament vraiment efficace, M. Doyon recommande bien entendu, *l'arsenic,* employé dès la troisième période. « A la période aiguë et dans leur forme sécrétante, les eczémas m'ont, dit-il, toujours paru échapper à l'influence thérapeutique de l'arsenic, et ceux qui restent toujours sécrétants lui échappent constamment. »

Je ne crois pas que rien de plus complet ait jamais été écrit sur le traitement de l'eczéma. M. Doyon, d'après les récents travaux de Lawson Tait, va jusqu'à examiner l'influence de la vaccination sur la genèse ou la disparition de la maladie. Viennent ensuite les remèdes locaux, en tête desquels M. Doyon place l'emploi des tissus imperméables. Pour qui a pu voir de près les magnifiques résultats obtenus à Saint-Louis par MM. Hardy, Lailler et Besnier, ce mode de traitement trop peu connu encore est appelé à prendre une très-grande place dans la thérapeutique. Il convient à toutes les périodes de l'eczéma, et à toutes les formes de l'affection, mais notamment à la période exsudative. A cette époque de la maladie, quelle que soit la nature de celle-ci, le soulagement est manifeste, l'amélioration incontestable; ces résultats sont obtenus avec une rapidité remarquable; et cette période souvent si longue et si pénible, et même souvent si douloureuse, est non-seulement améliorée, mais

encore très-notablement abrégée dans sa durée. Le bain physiologique de sueur, qui humecte alors continuellement la peau, est en effet le meilleur résolutif de l'inflammation cutanée. L'auteur compare très-ingénieusement l'enveloppement imperméable à l'emploi que font les paysans des feuilles de choux ou de bettes. Chez les enfants surtout ce mode de traitement est exclusivement employé contre l'eczéma ou l'impétigo du cuir chevelu; eh bien! jamais dans ces conditions, on ne voit ni croûtes, ni squames; la partie malade est rouge, la surface cutanée est le siége d'une sécrétion abondante mêlée de sueur. Le prurit n'existe pas. L'inflammation reste modérée. On dirait que les tissus ayant perdu les liquides dont ils étaient gorgés, et dont l'action comparable à celle d'un corps étranger entretenait la congestion et le prurit, ont repris toute leur souplesse, la démangeaison cessant ainsi avec la cause qui la produisait. Je passe à regret les considérations sur l'emploi du mercure, de l'huile de cade, du perchlorure de fer. Parmi les eczémas à localisation spéciale, je remarque une description clinique complète de l'eczéma du conduit auditif, des seins, des jambes. Que M. Doyon me permette pourtant quelques critiques, ou plutôt quelques questions. A la page 462, il repousse d'une manière absolue les cataplasmes de farine de lin, dont l'action irritante sur la peau (à cause de la rancidité *possible* de l'huile que cette substance contient) serait souvent plus nuisible qu'utile. Au risque de passer pour réactionnaire, j'avouerai que j'ai vu quelques guérisons merveilleuses dues aux cataplasmes, et qu'il me semble fâcheux que la rancidité possible de l'huile essentielle soit considérée comme un obstacle absolu à leur emploi. Au reste cette accusation ne saurait s'étendre aux cataplasmes de *fucus crispus* si fort en vogue dans ce moment. — Plus loin, page 463, même proscription à l'égard du vésicatoire. Le vulgaire, pour le-

quel l'humorisme eut toujours des charmes, est assurément porté à faire abus de ce topique, et c'est là une tendance contre laquelle il est bon de réagir ; mais que ferait M. Doyon, en présence d'un eczéma qui alternerait soit avec de l'asthme, soit avec des accidents cérébraux? En dépit de l'ostracisme dont il l'a frappé, je suis bien tenté de croire qu'il aurait recours au vésicatoire, ce en quoi il aurait parfaitement raison. Le cas est rare, je l'accorde, mais ne peut-il pas se présenter?

Pustules, *bulles*, *papules* font l'objet des groupes IV, V et VI. Le VII[e] comprend les *tubercules*, lèpre et lupus. Arrêtons-nous sur ce dernier chapitre, qui a reçu un développement considérable. On sait que, d'accord en cela avec nombre d'éminents praticiens, — Horand (de Lyon), Guisseppe Profeta (de Palerme), — la plupart des anatomo-pathologistes refusent aujourd'hui de considérer le lupus comme une affection de nature scrofuleuse. Nos lecteurs seront sans doute curieux de connaître sur ce point les opinions exprimées dans cet ouvrage. Et d'abord, écrit M. Doyon, la scrofule n'a pas une cause unique... L'insuffisance de nourriture est une de ses causes ; l'encombrement en est une autre ; le froid humide une troisième ; les passions tristes la produisent aussi... et si par le fait de notre organisation sociale, toutes ces influences se rencontrent habituellement réunies, chacune d'elles agissant isolément, suffit parfaitement pour faire un scrofuleux. De plus la scrofule ne détermine pas toujours les mêmes lésions ; son tableau est variable en effet, depuis le sujet à grosses lèvres, à teint fleuri, à paupières rouges, et qui n'a jamais d'autres lésions morbides, jusqu'au pauvre être sillonné, couturé sans relâche par les abcès froids dans toutes les régions ! Et l'on n'a pas seulement à relever des variétés dans le degré d'intensité du mal, il existe des dif-

férences, bien plus tranchées encore dans la nature des lésions.

Tel malade n'a que des éruptions, un autre que des engorgements ganglionnaires, celui-ci payera son tribut avec quelques angines ou ophthalmies; celui-là avec des abcès froids ; un cinquième sera plus spécialement atteint d'altérations osseuses. Chacun est donc scrofuleux à sa manière, paraît avoir une scrofule distincte. N'est-il pas rationnel d'admettre que l'une de ces espèces de scrofule corresponde à la lésion bien définie qu'on connaît sous le nom de lupus. Dans cette manière aussi rationnelle que pratique, d'interpréter la filiation des phénomènes, le lupus constitue l'expression univoque d'une variété de scrofule, de même que la prédominance des lésions osseuses, que la multiplicité des abcès etc., est l'expression d'autant de variétés morbides, d'autant de branches se rattachant toutes, sans contredit à un même tronc, mais dont la nature diverse se reconnaît à la diversité des fruits que porte chacune d'elles.

M. Doyon va plus loin et tente d'établir un rapport intime de cause à effet entre le lupus et la syphilis. Demandez à un clinicien pur, dit-il, quelle est l'affection avec laquelle, quant à l'aspect, le lupus offre le plus de ressemblance. A coup sûr, il n'en nommera pas d'autre que la syphilis. Eh bien ! n'est-il pas rationnel de croire que la syphilis joue un rôle réel, quelque voilé qu'il soit, dans les origines du lupus ; analogie des plus démonstratives, si, à côté des cas de ce genre où l'on a pu constater positivement l'existence de la syphilis chez les ascendants du lupeux, on considère ceux dans lesquels, quoique la syphilis n'ait point été reconnue, il est impossible d'affirmer qu'elle n'existait pas. Pour que le produit lupus soit engendré par l'élément syphilis, il faut que cet élément ait été atténué avant d'entrer en action ; il faut que le père ou la mère du sujet

lupeux, ou quelqu'un de ses ascendants plus éloignés ait eu au moment de sa procréation, une syphilis à l'état tertiaire, c'est-à-dire, arrivée à cette période où, transmise par génération, elle ne peut plus produire chez l'enfant que quelque chose d'analogue à la scrofule.

Or, comme la syphilis, pour être *lupigène*, doit au contraire avoir été assez atténuée, pour être aisément méconnue ; comme d'autre part, dans de tels cas, on ne se met jamais à la recherche de la syphilis qu'au moment où l'on constate le lupus chez la progéniture devenue adulte, époque à laquelle toute trace de syphilis a certainement eu le temps de s'effacer ; comme enfin ce ne serait pas seulement sur les père et mère, mais aussi sur des ascendants plus éloignés qu'il serait nécessaire de faire porter l'investigation, M. Doyon se croit autorisé à conclure que cette recherche, malgré son résultat le plus souvent négatif, aurait une signification entièrement contraire et éminemment favorable à cette théorie, si l'enquête était faite plus tôt, et surtout si elle ne s'exerçait pas sur des altérations essentiellement méconnaissables de leur nature.

M. Doyon a réuni dans le VIII[e] groupe les *exfoliations*, qui comprennent l'ichthyose, le pityriasis et le psoriasis. C'est avec le plus grand intérêt qu'on lira dans ce dernier chapitre les lignes consacrées au psoriasis buccal, cette affection si curieuse, sur laquelle la thèse de Debove et surtout le magistral travail de Mauriac ont appelé récemment l'attention. Dans les groupes suivants sont englobées : les *atrophies*, les *hypertrophies*, les *néoplasies*, les *maladies des glandes sébacées*, les *lésions de l'épiderme et des ongles*, les *lésions des poils*, les *difformités* et les *affections parasitaires*.

Résumons-nous : sous sa forme concise, l'ouvrage que nous venons d'analyser présente ainsi qu'on a pu le voir, un compendium indispensable, et dont chaque praticien

déplorait l'absence, sur les deux branches les plus compliquées de la nosographie. MM. Diday et Doyon ont été bien inspirés en les réunissant dans un même volume. Aussi le suffrage du public a-t-il déjà pleinement ratifié cette heureuse alliance de la sypbiliographie et de la dermatologie, si conforme aux grandes traditions de Saint-Louis et de l'Antiquaille.

Louis JULLIEN.

REVUE DES JOURNAUX

DE LA DILATATION MÉDIATE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE D'ORIGINE INFLAMMATOIRE OU BLENNORRHAGIQUE, par M. LE Dr E. LANGLEBERT.

Un seul mode de traitement, *la dilatation lente et progressive*, convient aux rétrécissements commençants de l'urèthre ou, pour mieux dire, à tous les rétrécissements, quel que soit leur âge, restés mous, facilement dilatables, et encore assez larges pour laisser passer sans trop de peine une bougie n° 10 ou 11 de la filière Charrière.

Pour ces rétrécissements, heureusement les plus communs, et dont le siége habituel est vers la fin de la région spongieuse, à 10 ou 12 centimètres du méat, point n'est besoin de procédés chirurgicaux plus expéditifs. La dilatation lente et progressive, au moyen de l'introduction et du séjour momentané dans l'urèthre de bougies en gomme de divers calibres, suffit dans tous les cas. Quand elle reste impuissante, c'est qu'elle a devant elle un rétrécissement dur ou trop étroit ; et encore n'est-ce que pour un temps, jusqu'au moment où une sonde placée à demeure aura suffisamment ramolli ou élargi l'obstacle.

Toutefois, la dilatation lente et progressive, si parfaite qu'elle soit aujourd'hui, grâce à la bonne fabrication des instruments, présente encore un assez grave inconvénient : c'est de ne pouvoir exercer sur le rétrécissement l'effort latéral nécessaire pour l'élargir, qu'en imposant à l'urèthre

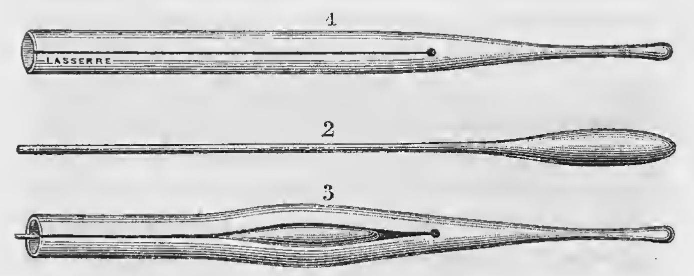
un frottement plus ou moins dur et d'autant plus douloureux que presque toujours, en pareil cas, la muqueuse possède, au niveau du point rétréci, un surcroît de sensibilité. Ajoutons qu'il en résulte fréquemment des hémorrhagies qui, sans être dangereuses, n'en n'effrayent pas moins les malades, et augmentent ainsi cette tendance à la syncope que provoque si souvent le cathétérisme.

C'est précisément pour obvier à cet inconvénient que j'ai imaginé la DILATATION MÉDIATE. Voici en quoi elle consiste :

Instruments. — 1° Une série de bougies creuses en gomme ou *bougies conductrices*, d'environ 30 centimètres de longueur. Ces bougies ne diffèrent des bougies ordinaires, dites à olive, que par une fente longitudinale, s'étendant depuis leur bout libre et ouvert jusqu'à environ 10 centimètres de leur extrémité vésicale (fig. 1).

2° Une série égale de mandrins ou *dilatateurs* en baleine, dont la tige, mince et flexible, porte à chaque bout une olive de 3 centimètres de longueur (fig. 2).

Bougies conductrices et dilatateurs sont gradués par millimètres, du n° 10 au 22 de la filière Charrière. Les deux olives qui terminent chaque mandrin sont de grosseurs différentes, l'une dépassant l'autre d'un millimètre en circonférence.



Manuel opératoire.— Après avoir reconnu le rétrécissement, mesuré son diamètre, sa longueur et sa distance du

méat, on prend une bougie eonduetriee d'un diamètre égal ou même un peu plus petit, et on y introduit jusqu'au milieu de sa longueur, e'est-à-dire jusqu'à environ 15 eentimètres, un mandrin dont l'olive écarte sa fente de 1, 2 ou 3 millimètres, selon le degré de dilatation que l'on veut immédiatement obtenir. Le numéro ehoisi, soit par exemple le n° 14, devient ainsi, dans la partie de la bougie gonflée par l'olive (fig. 3), un n° 15, 16 ou 17. Cela fait, et après avoir enduit la bougie d'un corps gras, on proeède à l'opération de la manière suivante :

Premier temps. — Prenant la bougie de la main droite, on l'introduit dans l'urèthre, *sa fente longitudinale dirigée en haut*, et, sans toueher au mandrin, qui, pendant ee premier temps, doit rester dans la bougie tel qu'on l'y a plaeé, on pousse le tout aussi doueement que possible, jusqu'à ee que l'olive ou, pour mieux dire, le renflement de la bougie qui lui eorrespond, reneontre le rétréeissement. Durant cette manœuvre, il faut avoir soin de ne pas quitter de l'œil la fente de la bougie, afin *de la maintenir exactement le long de la paroi supérieure du canal*.

Deuxième temps. — Saisissant alors entre le pouee et l'index de la main gauehe, qui tient la verge, le bout de la bougie resté dehors, afin de le bien fixer, on prend le mandrin de l'autre main, et on le pousse lentement, très-lentement, de manière à faire avaneer l'olive peu à peu et sans seeousse jusque dans le rétréeissement.

Troisième temps. — Après deux ou trois minutes, ou un temps plus long, si on le juge néeessaire, on dégage l'olive du rétréeissement avee autant de soin et de lenteur qu'on a mis à l'y introduire, puis on retire ensemble ou séparément la bougie et son mandrin. Il faut, dans ee dernier mouvement, appuyer légèrement la bougie sur le segment inférieur de l'urèthre, afin de rendre insensible

pour le segment opposé le glissement des bords de la fente écartés par l'olive.

Dans les séances suivantes, qu'il convient d'espacer de deux ou trois jours, afin de laisser reposer l'urèthre, on profite de la dilatation obtenue précédemment pour opérer avec des instruments, bougies et mandrins, de plus en plus gros, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dilatation voulue. Disons en passant que la dilatation peut être considérée comme suffisante, lorsqu'on a amené progressivement l'urèthre à livrer passage à une bougie ordinaire du n° 21 ou 22 de la filière.

Telle est la dilatation médiate, applicable à tous les cas pour lesquels suffit la dilatation lente et progressive par le procédé ordinaire. Elle présente sur ce dernier les avantages suivants :

1° Suppression de la douleur et, par suite, des divers accidents qui peuvent en dériver ;

2° Opération rendue plus facile et plus prompte ;

3° Diminution dans la durée totale du traitement.

PROGRAMME

des Cours, Conférences cliniques, Consultations externes, et jours d'Opérations.

Hôpital Saint-Louis (semestre d'été 1876). — *Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques. Cliniques chirurgicales.*

CLINIQUES DERMATOLOGIQUES ET SYPHILIGRAPHIQUES.

Lundi : M. le Dr GUIBOUT, Leçons cliniques sur les maladies des femmes, salle Henri IV, 8 h. 1/2.— M. le Dr Ernest BESNIER, Consultation externe, 8 h. 1/2.

Mardi : M. le Dr VIDAL, Leçons sur les caractères extérieurs et l'anatomie pathologique des maladies de la peau, salle Saint-Jean, 9 h. 1/2. — M. le Dr A. FOURNIER, Conférences cliniques sur les maladies syphilitiques au lit des malades, salle Saint-Thomas et Saint-Louis, 8 h. 1/2. — M. le Dr HILLAIRET, Consultation externe, 9 h.

Mercredi : M. le Dr Ernest BESNIER, Conférences cliniques et thérapeutiques au lit des malades, sur les affections de

la peau, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, 8 h. 1/2. — M. le Dr Lailler, Consultation externe, 8 h. 1/2.

Jeudi : M. le Dr Hillairet, Conférences eliniques sur les maladies de la peau, salle Henri IV, 9 h. — M. le Dr Vidal, Consultation externe, 9 heures.

Vendredi : M. le Dr Lailler, Conférenees cliniques sur les affeetions eutanées, — leur traitement, — salles Sainte-Foy et Saint-Mathieu, 8 h. 1/2. — M. le Dr Vidal, Conférences cliniques et visite des malades, salle Saint-Jean, 9 h. — M. le Dr A. Fournier, Cours complémentaire de la Faeulté, maladies syphilitiques, amphithéâtre d'opérations, 9 h. 1/2. — M. le Dr Guibout, Consultation externe, 8 h. 1/2.

Samedi : M. le Dr Guibout, Leçons eliniques sur les maladies de la peau, salle Saint-Charles, 8 h. 1/2. — M. le Dr A. Fournier, Consultation externe, 8 h. 1/2.

Dimanche : M. le Dr Lailler, Leçons sur les teignes, avee exereiees pratiques et démonstrations, pavillon Saint-Mathieu, 9 h. très-préeises.

Cliniques chirurgicales.

Lundi, mercredi, vendredi : M. le Dr Péan, Consultation externe, à 9 h. 1/2.

Samedi : M. le Dr Péan, Opérations et Clinique ehirurgieale, à l'amphithéâtre, à 9 h.

Mardi, jeudi, samedi : M. le Dr Duplay, Consultation externe, à 9 h. 1/2 (à 8 h. le *Jeudi*).

Jeudi : M. le Dr Duplay, Opérations et Clinique chirurgieale, à l'amphithéâtre, à 9 h.

Hôpital du Midi. — M. le Dr Ch. Mauriac, Leçons eliniques sur les maladies vénériennes, le jeudi à 9 h. 1/2 du matin. Visite des malades à 9 heures.

M. le Dr Horteloup, Conférenees eliniques tous les dimanches à 9 h. 1/2. Visite des malades à 9 heures.

Hôpital de l'Antiquaille (*Lyon*). Semestre d'été 1876.

Cliniques dermatologiques et syphiligraphiques.

M. Horand, ehirurgien en ehef de l'Antiquaille, Cours sur les maladies cutanées et vénériennes ehez l'homme, les mardis et vendredis à 7 h. du matin.

M. Dron, ehirurgien des Chazeaux, Cours sur les maladies eutanées et vénériennes ehez la femme, les mercredis et samedis à 7 h. du matin.

M. Aubert, ehirurgien en ehef désigné de l'Antiquaille, Cours sur les maladies du euir chevelu chez les enfants, tous les jeudis à 7 h. du matin.

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12. (544. 6-6.)
Le Gérant : G. MASSON.

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — CONFÉRENCES DE M. LE Dr E. GUIBOUT. — DES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DES MALADIES DE LA PEAU. — Leçon recueillie par M. E. Gœtz, interne du service.

Messieurs,

La meilleure classification que l'on puisse donner des maladies de la peau est celle qui repose sur les différences faciles à constater de leurs caractères naturels. — Toutes, en effet, sont accompagnées d'altérations que l'on a désignées sous le nom de lésions élémentaires ou lésions anatomiques. En comparant ces lésions entre elles, en groupant celles qui offrent des caractères communs on a pu, comme dans les sciences naturelles, constituer de véritables espèces dans lesquelles on distingue des genres et des variétés. — Vous devez comprendre toute l'importance de l'étude de ces lésions essentielles au début d'un cours de dermatologie ; aussi allons-nous commencer par nous en-

tendre sur la signification des termes qui reviendront à chaque instant dans nos leçons.

Les lésions élémentaires ou primitives que l'on rencontre dans toutes les affections de la peau sont au nombre de huit ; ce sont : les vésicules, les bulles, les pustules, les papules, les tubercules, les squames, les colorations, les ulcérations. A leur suite on observe presque toujours deux lésions qui, bien que ne servant pas dans la classification, doivent être considérées comme lésions anatomiques, ce sont : les cicatrices et les croûtes. — En raison de leur production tardive, on les désigne sous le nom de lésions secondaires. — Reprenons chacun des types que nous venons d'indiquer, et après en avoir décrit l'aspect, la durée et la terminaison, nous terminerons pour chaque lésion par l'énumération des maladies qui s'y rattachent, pour former un groupe naturel.

I. *Vésicules.* — On entend par vésicule un petit soulèvement épidermique contenant une sérosité claire et transparente. — Les vésicules diffèrent les unes des autres, par leur volume : les unes ne sont pas plus grosses qu'une tête d'épingle, les autres atteignent le volume d'un gros pois ; elles diffèrent encore par l'état de la peau qui les entoure : ainsi, dans la vésicule primitive simple, telle qu'on la rencontre dans la gale, par exemple, on ne trouve aucune trace d'inflammation de la peau autour du soulèvement épidermique déterminé par la présence du parasite. — D'autres fois, tout autour de la vésicule, on observe une zone indurée dans laquelle l'inflammation formera un cercle rouge qui ira en s'amoindrissant si la vésicule est isolée, et qui, au contraire, dans les cas de vésicules nombreuses rapprochées les unes des autres ou confluentes, donnera lieu à une véritable dermite interstitielle.

Quant à la durée des vésicules, rien n'est plus variable :

dans l'eczéma, la lésion primitive est si rare, que c'est à peine si l'on en observe un ou deux cas par an dans nos services, où pourtant cette manifestation de l'herpétisme se rencontre chez un bon tiers des malades. — Dans l'eczéma, la vésicule paraît quelques heures à peine, puis est remplacée par la croûte ou par la surface suintante que vous connaissez. Bien différente, quant à la durée, sera la vésicule de l'herpès qui persiste quelquefois plusieurs jours dans toute son intégrité comme pour le zona, par exemple.

Dans l'étude des vésicules, il faut encore prendre en considération leur mode d'apparition. Tantôt elles se montrent en une seule fois, par une *poussée* comme on le dit ordinairement. Tantôt elles apparaissent peu à peu et envahissent une surface plus ou moins grande de la peau par une série de poussées successives. Il me reste enfin à vous parler des sensations diverses que peut éprouver le malade atteint de vésicules. Elles peuvent être indolentes et ne présenter que les symptômes objectifs que nous avons donnés. Ainsi, dans les éruptions sudorales, elles peuvent parfaitement passer inaperçues ; d'autres fois, la production de la vésicule est accompagnée d'un prurit intense : citons pour exemple la gale, l'eczéma au début, l'herpès dans ses diverses formes. Après un temps plus ou moins long, avons-nous dit, la vésicule disparaît, ou se modifie, ce qui revient au même dans l'étude de la terminaison. — Dans certains cas, la sérosité se résorbe entièrement : l'épiderme, d'abord soulevé par le liquide, s'affaisse et ne tarde pas à se détacher sans laisser aucune trace de la lésion. — C'est ainsi que les choses se passent dans la miliaire, dans les éruptions de *sudamina*. D'autres fois, la sérosité une fois épanchée ne se résorbe pas ; elle se dessèche, se concrète dans l'intérieur même de la vésicule qui se trouve alors transformée en une croûte jau-

naître recouverte d'une mince couche épidermique : ainsi se termine la vésicule de l'herpès, maladie qui ne laisse aucune cicatrice. — Dans un troisième cas enfin, le liquide se concrète comme dans les cas précédents ; mais la surface occupée par la croûte continue à produire du liquide qui soulève la concrétion solide ; le liquide se répand tout autour et se transforme en nouvelles croûtes qui se superposent aux premières. Ainsi s'explique la différence absolue entre l'aspect d'un eczéma un peu ancien d'avec l'éruption vésiculeuse fugace qui a marqué le début de l'éruption.

Tels sont les principaux caractères des vésicules, envisagées à un point de vue général.

Les maladies qui présentent toutes pour lésions primitives une ou plusieurs vésicules forment le groupe dit : des maladies vésiculeuses. Elles sont au nombre de six : *l'eczéma, l'herpès, la varicelle, la gale, la miliaire, les sudamina.*

II. *Bulles.* — Si par la pensée on élargit dans tous les sens la vésicule, on aura la bulle : on peut donc dire que la bulle est formée par un soulèvement épidermique de la grosseur d'un pois à celle d'une pomme contenant une sérosité plus ou moins transparente. — La bulle peut être fixe, durer quatre ou cinq jours, sans subir de modifications, ou bien, au contraire, être éphémère comme certaines vésicules et disparaître dans les vingt-quatre heures. — La bulle du pemphigus offre un exemple du premier cas, celle du rupia, un exemple du second. Les bulles apparaissent ordinairement les unes après les autres, et sans réaction générale ; cependant, dans certaines formes de rupia on les voit s'accompagner de symptômes aigus, de fièvre, de démangeaisons assez vives, et d'une sensation de cuisson caractéristique. Dans ce cas,

on a affaire à un véritable exanthème, et, ce qui justifie cette manière de voir, c'est que souvent l'éruption cutanée est précédée de prodromes.

La bulle peut présenter deux terminaisons différentes : tantôt le liquide se résorbe, l'épiderme s'aplatit, se dessèche et tombe, laissant au-dessous de lui un derme parfaitement cicatrisé ; tantôt le liquide se concrète dans la bulle, mais la sécrétion continue à se faire au-dessous de la croûte qui vient de se former : de là une ulcération du derme qui persiste après la chute de la croûte, et ne guérit qu'après avoir suppuré pendant un temps souvent fort long ; la cicatrice est toujours indélébile et reste comme un stigmate ineffaçable de la présence d'une bulle.

Deux maladies ont comme lésion élémentaire la bulle : dans la première, le *pemphigus,* la bulle est fixe, guérit sans croûtes et sans cicatrices ; dans la seconde, le *rupia,* la bulle est fugace, ne tarde pas à être remplacée par une croûte, qui recouvre une ulcération de mauvaise nature, laissant après elle une cicatrice blanche non adhérente aux parties profondes, et persistant toute la vie.

III. *Pustules.* — Supposez une vésicule remplie d'un liquide franchement purulent et vous aurez une pustule : c'est dire que cette lésion est caractérisée par un soulèvement épidermique de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet renfermant du pus véritable. — On les divise en deux catégories : les unes sont *psydraciées,* c'est-à-dire constituées par un bouton purulent, se détachant nettement de la surface épidermique sans que la peau soit enflammée tout autour ; telles sont les pustules de l'impétigo, de l'acné miliaire et varioliforme. — Les autres sont dites *phlysaciées :* tout autour de la pustule se constate une induration phlegmasique comme dans la variole, l'ecthyma, le sycosis, l'acné boutonneuse. Les pus-

tules ne dépassent pas en général le volume d'une lentille ou d'un pois ; cela se constate facilement dans le cas de pustules isolées ; mais, qu'elles deviennent confluentes, c'est-à-dire que plusieurs d'entre elles se réunissent à leurs voisines, on aura une vaste pustule dans laquelle il sera difficile de reconnaître la lésion première.

La pustule se termine toujours par la concrétion du liquide contenu, et la formation d'une croûte. Ces croûtes, tout en pouvant revêtir les apparences les plus diverses dans leurs formes et dans leurs couleurs, auront des caractères invariables dans chacune des maladies qui auront donné lieu à la production des pustules. — Ne faisons que rappeler l'aspect rocheux, la coloration jaunâtre, mélicérique de la croûte de l'impétigo qu'on ne confond avec aucune autre. Comme dans les bulles et les vésicules, l'apparition des pustules pourra se faire sans réaction générale ou s'accompagner, comme dans l'impétigo saisonnier, par exemple, de troubles gastriques, de fièvre, de courbatures ; la durée de la pustule varie selon la nature de l'affection dont elle est symptomatique. Dans la variole, elle se dessèche au bout de huit ou dix jours ; dans le sycosis elle persiste quelquefois pendant deux et même trois septénaires.

Six genres de maladies peuvent être rattachés à la pustule, ce sont : *la variole, la varioloïde, l'impétigo, l'ecthyma, le sycosis et l'acné boutonneuse.*

Les trois lésions que nous venons de décrire sont humides ; celles qui vont nous occuper maintenant sont bien différentes quant à leur aspect et leurs symptômes, elles sont toutes les trois sèches.

IV. *Papules.* — Une papule est une petite induration hypertrophique du derme ne se prolongeant pas dans son

épaisseur, peu étendue, ne dépassant pas en général la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille. — De là, deux aspects différents : ou bien la papule n'est constituée que par une petite saillie acuminée, légèrement colorée, ou bien elle est aplatie, ne dépassant que fort peu la surface de l'épiderme. Les papules ne se rencontrent presque jamais isolées : ordinairement elles forment des groupes dont l'importance du siége est grande au point de vue du diagnostic de la cause ; mais, qu'elles soient acuminées ou aplaties, isolées ou confluentes, il est fréquent de constater à leur niveau un petit point noir qui n'est autre chose que du sang concrété et desséché. — Si les vésicules, les bulles et les pustules peuvent, dans certains cas, ne s'annoncer par aucun phénomène subjectif, il n'en est pas de même des papules, qui, dans la plupart de leurs formes, sont accompagnées de démangeaisons, de sensations de cuisson plus ou moins vives, dans certaines affections, insupportables.

La papule se termine le plus ordinairement par la résosolution ; la saillie s'efface peu à peu, la coloration de l'épiderme disparaît et aucun vestige de la lésion ne persiste après sa guérison. Trois affections sont caractérisées par les papules : dans l'une, elles sont en groupes, s'accompagnent de sensations douloureuses, que le malade compare à des piqûres d'aiguilles, c'est le *lichen;* dans l'autre, la saillie de la peau est acuminée, ou plate, présente le plus souvent à son centre un petit caillot sanguin, le prurit est très-intense, c'est le *prurigo* idiopathique ou symptomatique ; dans une troisième maladie, enfin, le *strophulus*, la papule repose sur une surface érythémateuse, ce qui justifie l'expression de feux de dents sous laquelle cette affection est connue dans le vulgaire. Les papules du strophulus s'observent chez les très-jeunes enfants à l'époque de la dentition, quelquefois chez l'a-

dulte, notamment chez les femmes, à l'époque menstruelle.

Le prurit des affections papuleuses, sur lequel nous revenons encore, occasionne, dans certaines circonstances, des troubles secondaires : à la suite des grattages répétés, soit avec les doigts, soit avec des corps étrangers, la peau devient le siége d'une seconde lésion qui masque les caractères de la première : c'est ainsi que se produit cette affection bâtarde et impossible à décrire d'une façon générale à laquelle on a donné les noms d'*eczéma lichénoïde* ou de *lichen agrius ;* son siége de prédilection, soit dit en passant, est la peau du coude et du creux poplité.

Tels sont les principaux caractères des maladies papuleuses pouvant se rattacher à leur cause générale la plus commune, l'herpétisme. Dans la syphilis, on observe également des manifestations cutanées ayant la papule comme lésion élémentaire : telles sont les syphilides papuleuses et le lichen spécifique ; l'aspect et la constitution anatomiques des papules sont les mêmes, mais comme dans toutes les affections de la peau, symptomatiques de la vérole, les démangeaisons manquent, et ce signe négatif pourra devenir d'une importance énorme lorsqu'on trouvera une des lésions qui nous occupent sans réaction douloureuse.

Signalons, en outre, les productions épidermiques dures, adhérentes et ordinairement colorées en brun, que l'on observe quelquefois au sommet de certaines papules syphilitiques ; nous pouvons vous montrer la reproduction de cette curieuse lésion que l'on a décrite sous le nom de *syphylide papuleuse, vég'tante cornée.*

V. *Tubercules.* — De même que la bulle n'est que l'exagération d'une vésicule, le tubercule peut être défini

par l'exagération d'une papule. Non-seulement l'hypertrophie du derme est plus étendue, mais encore elle comprend toute l'épaisseur de la peau ; le tubercule a une racine profonde, et ce caractère anatomique suffit à le différencier de la papule. — En outre, si la papule ne se rencontre guère que dans deux diathèses, les variétés de tubercules sont beaucoup plus nombreuses, suivant qu'elles se rattachent à la syphilis, à la scrofule, au cancer, au sycosis, ou à l'acné. Le tubercule a toujours une marche chronique : tantôt il se présente sous la forme d'une éminence plus ou moins volumineuse, dure, adhérente, mais sans altération épidermique ; tantôt, au contraire, le sommet du tubercule se détruit et devient le point de départ d'une ulcération qui envahit souvent les parties voisines : ainsi se passent les choses dans la scrofulide ulcéreuse. Dans le cancer, l'ulcération entraîne la destruction du tubercule, mais pour le remplacer par une perte de substance fongueuse et saignante bien plus grave encore. D'autres fois, le sommet du tubercule suppure ; on voit apparaître une pustule qui ne tarde pas à s'ouvrir et à disparaître, mais la lésion première, le tubercule, persiste encore longtemps. Le sycosis, l'acné tuberculeuse et boutonneuse offrent des exemples de cette modification. — Dans un dernier cas, enfin, le tubercule se résorbe : la peau revient à son état normal, mais le plus souvent elle est le siége d'une cicatrice blanche indélébile et adhérente.

VI. *Squames.* — Toutes les fois que le derme est malade, qu'il soit altéré dans sa nutrition, ou dans sa constitution, la sécrétion épidermique subit une modification qui se traduit par une exagération de la quantité de son produit : on observe alors ce que l'on appelle les squames, qui jouent un si grand rôle dans les maladies de la peau. Il faut distinguer deux sortes de squames : les unes sont

constituées uniquement de lamelles épidermiques, ce sont les squames vraies du psoriasis ou du pityriasis. Les autres sont mélangées avec des produits de sécrétions humides et constituent les fausses squames que l'on observe dans l'eczéma chronique, par exemple.

La coloration des squames varie : elles peuvent être blanches, brillantes, rappeler l'aspect de la nacre ou d'une tache de bougie, ou bien être mates et ternes : on les appelle, dans ce cas, squames plâtreuses; elles peuvent être minces, unifoliacées, lamelleuses, se détacher du corps avec la même facilité que cela peut se voir sur certains arbres qui se dépouillent de leur écorce : ainsi, dans l'herpétide exfoliatrice. D'autres fois, elles sont agglomérées et serrées les unes contre les autres, adhérentes à la peau et ne s'en détachant que lorsqu'on les gratte avec l'ongle, comme dans le psoriasis, par exemple. Une troisième forme que peuvent présenter les affections squameuses s'observe dans le pityriasis alba : la peau est recouverte d'une multitude de petites écailles blanches qui se détachent sous la forme d'une poudre analogue à de la farine et bien différentes par conséquent des deux premières variétés.

Enfin, dans la syphilis, la sécrétion vicieuse de l'épiderme peut aller jusqu'à la production d'écailles dures et épaisses, que l'on connaît sous le non de syphilide végétante cornée. Quatre maladies peuvent rentrer dans la catégorie des affections squameuses; ce sont : le *psoriasis*, le *pityriasis*, l'*ichthyôse*, l'*herpétide exfoliatrice ;* — ajoutons-y certaines formes de syphilides : outre celle que nous avons mentionnée, les syphilides papulo-squameuses de la paume des mains et de la plante des pieds.

VII. *Coloration.*— Les altérations dans la couleur de la peau qui intéressent le dermatologiste doivent être sépa-

rées des différents aspects que peut présenter le tégument externe sous l'influence des maladies générales ou locales ; ainsi, dans la chlorose la teinte jaune verdâtre de la peau, dans le cancer la couleur jaune paille, dans l'impaludisme et l'intoxication saturnine la coloration terreuse, sont des faits de la plus haute importance en pathologie générale. De même encore les troubles circulatoires de la face dans les affections thoraciques, la cyanose dans les maladies du cœur, la rougeur des pommettes dans la pneumonie et la tuberculose, ne doivent pas rentrer dans l'étude que nous allons faire des colorations anormales de la peau. Nous ne nous occuperons donc que des altérations résultant de la congestion active des capillaires du derme, comme dans les exanthèmes ; de l'extravasion du sang dans le tissu dermique, comme dans le purpura ; de la dilatation variqueuse des vaisseaux artériels ou veineux du derme, ou enfin occasionnée par une pigmentation insuffisante ou exagérée de l'épiderme. De là quatre catégories d'affections de la peau : les exanthèmes, les maladies hémorrhagiques, les difformités ordinairement congénitales, connues sous le nom de nævi, et les taches et colorations accidentelles ou congénitales de la peau.

1° Dans les *exanthèmes*, la congestion active des capillaires s'accompagne, comme toute inflammation, de rougeur, de douleur, de chaleur, et se termine par résolution suivie ou non de desquamation épidermique. — Cette coloration varie depuis le rose tendre de l'érythème saisonnier jusqu'au rouge lie de vin ou framboisé de la scarlatine. La durée de la coloration anormale de l'éruption, comme on le dit ordinairement, ne peut être que de un ou deux jours dans la rougeole, par exemple, d'un septénaire ou même davantage dans l'érysipèle, de plusieurs années dans l'acné rosacée. Le plus souvent, la production de l'exanthème est précédée ou accompagnée de symptômes généraux qui

sont toujours les mêmes pour chaque maladie, et qui sont d'une importance capitale dans leur diagnostic. Vous connaissez tous les prodromes des fièvres éruptives, et vous savez que leur valeur séméiologique est aussi grande que celle de l'éruption qui les suit de près. — Mais d'autres fois, l'exanthème se produit sans réaction fébrile ; le malade ne s'en aperçoit pas, et il nous arrive fréquemment de constater l'étonnement de certains malades syphilitiques qui ne découvrent une roséole très-nette que quand on leur dit de montrer leur ventre ou leur poitrine. Cet exemple d'exanthème fébrile est vrai pour la plupart des cas; ajoutons cependant que quelquefois il arrive de voir la première manifestation cutanée de la vérole s'accompagner d'un léger état fébrile très-passager. — La terminaison des exanthèmes la plus ordinaire est la résolution simple, quand la peau revient à son état normal dès que la rougeur a disparu ; avec desquamation, quand elle est suivie d'une exfoliation plus ou moins abondante de l'épiderme qui se détache et tombe sous des formes diverses; en larges plaques, dans la scarlatine, en lamelles furfuracées dans la rougeole. La différence capitale entre la desquamation des exanthèmes et celle des affections dites squameuses que nous avons vues, c'est que dans les premiers la squame, après s'être détachée, ne se reproduit plus, tandis que dans les secondes la sécrétion épidermique vicieuse ne cesse qu'avec la guérison de la maladie ; sept affections rentrent dans la catégorie des exanthèmes, ce sont : l'érythème simple, l'érysipèle, la rougeole, la roséole, la scarlatine, l'urticaire, les taches rosées lenticulaires. On les appelle quelquefois *exanthèmes vrais*, parce que, une fois produits, ils ne changent pas d'aspect jusqu'au moment où ils disparaissent. Il n'en est pas de même des *faux exanthèmes* qui commencent comme dans le cas précédent par une coloration rouge de la peau avec dou-

leur et rougeur; puis, au bout de quelque temps se développent d'autres lésions telles que des vésicules ou des pustules sur la surface primitivement enflammée : ainsi se passent les choses dans la variole, dans l'herpès zona, dans l'impétigo, etc.

2° Les colorations de la peau dues à une *hémorrhagie des capillaires*, soit dans sa trame elle-même, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, résultent dans certains cas de traumatisme : de là, une ecchymose qui se résout après avoir passé par plusieurs teintes bien connues que nous ne faisons que mentionner. Ce qui nous intéresse davantage, ce sont les *taches hématiques ou purpuriques* que l'on observe dans tous les états d'appauvrissement du sang, dans les cachexies ou à la suite d'excès, de fatigues, de mauvaise nourriture; dans ces cas-là on voit la peau se couvrir de taches plus ou moins étendues, violacées, ne disparaissant jamais sous la pression du doigt, ce qui les différencie d'une façon absolue des taches exanthématiques, quelque foncées qu'elles puissent être.

3° Lorsque sous une influence encore obscure les capillaires artériels et veineux du derme deviennent *variqueux*, c'est-à-dire le siége d'une dilatation permanente, on voit se produire ces colorations plus ou moins étendues et plus au moins foncées que l'on appelle *nævi materni ;* ces colorations sont toujours congénitales. On en distingue deux espèces : le *nævus veineux*, noir bleuâtre ou lie de vin, occupant souvent toute une partie de la face, des membres ou du tronc; le *nævus artériel ou flammeus*, ordinairement plus circonscrit, plus rouge que le précédent et se congestionnant facilement sous l'influence des efforts, des cris, des règles.

4° Enfin, une des causes fréquentes de la coloration anormale de la peau est la *répartition inégale*, *exagérée ou diminuée* du pigment dans les cellules du réseau mu-

queux de Malpighi. Lorsque la pigmentation de la peau est exagérée, on observe une teinte foncée générale ou partielle du tégument : de là une véritable *nigritie*, dénomination qui fait bien comprendre que dans certains cas la peau peut devenir aussi foncée que chez les individus de la race éthiopienne. — Chez les blancs, la nigritie s'observe quelquefois à la suite de maladies chroniques de la peau : ainsi, dans le prurigo, la teinte bistrée, noir brûnâtre de la peau se constate assez souvent quand l'affection a duré quelque temps. — Dans la maladie d'Addisson, liée dans presque tous les cas à une altération des capsules surrénales, la peau prend une couleur uniforme et générale qui lui a valu le nom de *maladie bronzée*.

Certaines femmes présentent, pendant la grossesse, une pigmentation exagérée de la face, qui disparaît après l'accouchement et dure quelquefois fort longtemps; vous avez tous pu observer le « *masque* » des femmes enceintes. La pigmentation du mamelon est un phénomène analogue. Cependant, chez les femmes très-brunes, la coloration de l'auréole et même des organes génitaux externes se constate en dehors de la grossesse.

Le *lentigo*, vulgairement connu sous le nom de taches de rousseur, est un exemple fréquent de ces productions exagérées du pigment; dans le lentigo, les taches, tout en pouvant se rencontrer sur tout le corps, s'observent le plus ordinairement sur la face, les bras et le cou ; elles sont en général peu étendues, peu foncées en couleur et ne dépassent pas la grandeur d'un grain de millet. M. Hardy a décrit, sous le nom de *mélasma*, une pigmentation exagérée de certains points de l'épiderme se présentant sous la forme de taches plus volumineuses et surtout d'une coloration beaucoup plus intense que celle du lentigo.

Enfin, sous l'influence de la syphilis, on observe quelquefois, principalement sur les parties latérales du cou et

sur les épaules des taches brunes, noirâtres, désignées, en raison de leur cause productrice, sous le nom de *syphilides pigmentaires.*

Toutes ces colorations, que nous venons de passer rapidement en revue, sont dues à une exagération dans la production du pigment ; celles qu'il nous reste à examiner sont dues, soit à l'absence complète, soit à la répartition inégale de la matière colorante de la peau. Dans le premier cas, rentre une anomalie fort rare, connue sous le nom d'*albinisme* : le pigment fait non-seulement défaut dans la peau, qui est d'une blancheur inaccoutumée, mais encore dans les cheveux et dans la choroïde ; de là un aspect tout à fait spécial des yeux, dans lesquels on voit par transparence les vaisseaux sanguins, et une irritabilité très-grande de la rétine qui se traduit par un clignotement continuel sous l'influence de la lumière.

Dans le second cas, le pigment manque absolument dans certains points où la peau est absolument blanche et tranche nettement par sa pâleur sur la teinte ordinaire : cette anomalie est décrite sous le nom de *vitiligo.*

VIII. *Ulcérations.*— On entend par ulcération une solution de continuité du tégument externe, tendant à s'accroître et non à se cicatriser, ce qui la différencie des plaies ordinaires qui tendent à la guérison. Les ulcérations sont une des lésions les plus importantes à connaître en dermatologie, car ce sont les manifestations les plus fréquentes des quatre diathèses qui semblent avoir la peau comme terrain de prédilection : l'herpétisme, la scrofule, la syphilis et le cancer. Aussi allons-nous tâcher de vous donner, par quelques caractères bien nets pour chacune d'elles le moyen de les reconnaître, quelque insuffisants que soient les commémoratifs fournis par le malade.

L'*ulcération herpétique* est peu profonde, ses bords

sont peu élevés, taillés en biseau, adhérents au pourtour de la perte de substance, et la guérison se fait sans laisser de cicatrices.

Dans la *syphilis*, l'ulcération est plus profonde, nettement circonscrite par des bords élevés, taillés à pic ; elle ne guérit qu'au prix d'une cicatrice sur laquelle nous reviendrons plus tard.

L'*ulcère scrofuleux* est rare, son contour est irrégulier, ses bords sont amincis, décollés, déchiquetés, sa cicatrice a aussi un caractère spécial. — Enfin, l'*ulcération du cancer* se reconnaîtra à ses bords indurés, déjetés en dehors, à son fond anfractueux, inégal, mamelonné ; sa cicatrice n'existe pas, puisque la maladie est incurable et que les traces de la lésion que l'on constate après son extirpation au bistouri, ou sa cautérisation, sont celles de plaies ou de brûlures profondes.

Tels sont, en quelques mots, les caractères bien tranchés des ulcérations en général et qui permettent dans bien des cas de poser le diagnostic de l'affection sans même interroger le malade, ou malgré ses dénégations.

Nous en avons fini avec les lésions anatomiques primitives ou élémentaires des maladies de la peau ; il ne nous reste plus qu'à vous parler des suites de ces lésions qui s'observent aussi souvent que les lésions elles-mêmes, c'est-à-dire des croûtes et des cicatrices.

Une *croûte* est un corps solide résultant de la concrétion d'une sécrétion humide : sérosité dans l'eczéma ; pus dans l'impétigo ; sanie sanguinolente dans le rupia ; sanie purulente dans l'ecthyma. Souvent on n'a pour faire son diagnostic que bien peu de chose : d'après la croûte consécutive à une vésicule ou à une pustule, on pourra reconnaître à quelle affection on a affaire. — Les croûtes des herpétides, de l'eczéma, par exemple, sont en général jaunes, minces, lamelleuses, se détachent de l'épiderme

sans produire d'ulcérations. Celles de l'ecthyma sont grisâtres ou noires, enchâssées dans la peau comme un verre de montre et souvent entourées d'une zone inflammatoire. La croûte du rupia syphilitique est pour ainsi dire pathognomonique : elle est épaisse, stratifiée, noire, verdâtre, persistante, et recouvre ordinairement un derme plus ou moins ulcéré.

La croûte de la scrofule offre une grande ressemblance avec la précédente : on la reconnaît cependant à son épaisseur moindre et à sa coloration grise et noire ; en outre la croûte de la scrofule est plus aplatie, est moins dure que celle de la syphilis.

Dans le cas où toute manifestation de la maladie a disparu, on est souvent fort heureux de pouvoir observer l'empreinte qu'elle a pu laisser.

Voyons donc si les *cicatrices* peuvent donner par elles-mêmes des indications utiles au diagnostic. — Les herpétides ne laissent jamais de cicatrices : ce caractère négatif pourra avoir son importance et permettra d'éliminer la diathèse dartreuse quand on se trouvera en face de la lésion qui nous occupe; quant au cancer, nous avons vu pourquoi il n'en présentait jamais, restent donc la syphilis et la scrofule.

Les syphilides ulcéreuses donnent toujours une cicatrice superficielle, non adhérente aux parties sous-jacentes ; la peau, à son niveau, est mince, lisse et blanche, quelquefois un peu plissée ou gaufrée, comme on le dit encore quelquefois.

Dans la scrofule, le stigmate ineffaçable de la diathèse consiste en une cicatrice dure, adhérente aux parties profondes sur lesquelles elle ne peut glisser; tantôt étendue en surface, tantôt présentant l'aspect d'une véritable couture linéaire avec des bords indurés, véritables bourrelets de tissu chéloïdien.

Telles sont, Messieurs, les généralités sur lesquelles je tenais à fixer votre attention avant de commencer ces leçons. — Si je m'y suis arrêté avec tant d'insistance, c'est que je crois que leur connaissance est absolument indispensable, si vons voulez profiter de l'enseignement que vous offrira l'observation des malades.

II.

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles Mauriac, médeciu de l'hôpital du Midi.

(Suite.)

XIV.

Je vais maintenant vous donner lecture de l'observation inédite de rétraction syphilitique du bieeps que je dois à l'obligeance de mon savant eonfrère, M. le Dr Notta.

La voiei telle qu'il a bien voulu la rédiger lui-même :

« Obs. II.— B... (J.), âgée de 32 ans, entre à l'hôpital de Lisieux le 14 novembre 1856.

« Cette femme, d'une moralité détestable, nie tout antéeédent sypbilitique. Néanmoins, il y a deux ans, il lui vint des boutons sur la tête et ses cheveux se mirent à tomber.

« Il y a un an elle entra dans mon service pour une tumeur gommeuse à la tête, de l'alopécie et des douleurs ostéocopes. Sous l'influenee d'un traitement mercuriel, ces aceidents disparurent, et, au bout de deux mois, la malade sortit de l'hôpital.

« Depuis, elle est aceouehée d'un enfant grêle, chétif, qui existe aujourd'hui et ne porte pas de traces de syphilis. Il y a cinq mois qu'elle habite une maison très-humide. Elle est droitière.

« C'est depuis trois mois qu'elle a eommencé à ressentir une douleur dans l'épaule droite. En même temps elle remarqua qu'elle ne pouvait étendre l'avant-bras du même côté aussi complétement que le gauche. Au bout d'un mois elle éprouva de la douleur dans la saignée du bras; la flexion de l'avant-

bras augmenta; des douleurs ostéocopes survinrent. Cet état s'aggravant de jour en jour, elle entra dans mon service.

« État actuel, le 15 novembre 1856. Femme très-amaigrie. Constitution détériorée. Insommie toutes les nuits causée par des douleurs de tête, par d'autres douleurs, en arrière au moignon de l'épaule, à la saignée du bras et au poignet droit. Elle n'en ressent pas dans d'autres parties du corps. Le bras droit comparé au gauche ne présente aucune différence; seulement l'avant-bras ne peut être étendu sur le bras au delà d'un angle obtus de 133°. Si on veut chercher à l'étendre au delà, on en est empêché par le biceps, qui est évidemment raccourci, et qui, se trouvant tendu, laisse saillir son tendon sous le tégument. En même temps on cause de la douleur à la malade au niveau de l'insertion inférieure du muscle. Il n'y a pas de tension des supinateurs. Le biceps ne présente aucune altération appréciable. Il est souple dans toute son étendue, bien contractile. Lorsque la malade fléchit l'avant-bras sur le bras, elle a presque autant de force de ce membre que de l'autre; mais si elle veut soulever un fardeau lorsque l'avant-bras est arrivé à la dernière limite de son extension, elle ne peut pas même lever un poids de cinq cents grammes, à cause de la douleur qui se manifeste au pli du coude.

« La pression détermine de la douleur sur le tendon du biceps, au niveau du pli du coude et sur les parties latérales de l'articulation. Le muscle est indolent ainsi que son insertion coracoïdienne. L'articulation du coude est parfaitement saine; ses mouvements sont très-libres et ne s'accompagnent d'aucune douleur. — Sur le sommet de la tête on constate l'existence d'une tumeur gommeuse. Sur le front il y a deux ulcérations syphilitiques d'un centimètre de diamètre. Cette femme a eu de l'alopécie, et aujourd'hui il lui reste peu de cheveux. — Anorexie; pas de diarrhée. Depuis sa couche, les règles viennent bien régulièrement. Traitement : une cuillerée de liqueur de Van Swiéten et un gramme d'iodure de potassium par jour.

« 24 novembre. Amélioration. Elle souffre moins la nuit et étend mieux le bras.

« 29 novembre. Elle sort, sur sa demande, non guérie, mais très-soulagée. Elle dort bien et son bras peut s'étendre jusqu'à 160°. Depuis, je ne l'ai pas revue. »

Cette observation de M. Notta, qui est un modèle de netteté et de précision, présente avec la précédente des analogies et des différences qu'il est intéressant de rechercher et de faire ressortir.

Dans les deux cas, l'origine syphilitique ne peut être mise en question. La malade de M. Notta était en pleine phase tertiaire depuis plus d'un an lorsque survint l'affection bicipitale. Elle avait eu et elle avait encore des tumeurs gommeuses, des syphilides ulcéreuses, etc. C'est à la 2e ou à la 3e poussée de ces accidents constitutionnels que, sans l'intervention d'aucune cause occasionnelle, le bras droit est devenu douloureux sur quelques points et l'extension complète de l'avant-bras sur lui impossible, et que la rétraction bicipitale a augmenté graduellement.

Le processus de l'affection a été très-lent, puisque au bout de trois mois l'angle d'ouverture de l'avant-bras sur le bras était environ de 130°. Mais le mode symptomatique a été plus complexe que chez mon malade. Depuis le début jusqu'à la guérison, il a toujours existé en effet des phénomènes douloureux ayant leur principal foyer dans le pli du coude et la partie inférieure du biceps.

Ce cas rentre dans la règle ordinaire. J'ai presque toujours constaté une sensibilité anormale spontanée ou à la pression soit sur les bords du muscle, soit à l'union de ses fibres musculaires avec son tendon, soit sur ce tendon au-dessous de la peau ou plus profondément vers son insertion osseuse.

Le malade que je vous ai montré fait exception. L'absence de tout phénomène douloureux chez lui prouve bien que les troubles de la sensibilité de cette nature ne jouent qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de l'affection et que la rétraction musculaire n'est point un simple fait réflexe, mais bien un désordre de la contractilité primitif, direct, trouvant ses conditions d'existence dans la fibre musculaire ou dans l'innervation motrice du muscle lui-même.

Dans les deux cas, l'articulation du coude était saine ; aucune de ses parties constituantes ne présentait les traces d'une lésion quelconque.

Il en était de même, du moins en apparence, du muscle biceps qui avait conservé sa souplesse et ne paraissait être le siége d'aucune hyperplasie diffuse ou circonscrite. Il était simplement revenu sur lui-même, rétracté, raccourci, ce dont on pouvait s'assurer aisément en essayant de faire une extension forcée.

Enfin, dans ces deux cas, le biceps de l'un des deux bras était seul compromis. Les autres muscles du bras et de l'avant-bras avaient conservé leur intégrité fonctionnelle. De telle sorte que l'affection bicipitale était réduite à son plus grand état de simplicité. Il en est presque toujours ainsi. Il arrive aussi presque toujours que l'amélioration et la guérison se produisent rapidement sous l'influence du traitement spécifique, et c'est ce qui a eu lieu chez la malade de M. Notta comme chez mon malade.

XV

A la suite de l'observation de mon honorable confrère, je vais vous rapporter un cas que j'ai observé en 1869. Il fut remarquable par la prédominance de la douleur.

Obs. III. — Le malade, âgé de 21 ans, grand, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu aucune maladie constitutionnelle, s'aperçut, vers les premiers jours de mars 1869, de l'existence de chancres situés dans le sillon balano-préputial. Le dernier coït remontait à un mois. Ces chancres s'indurèrent et donnèrent lieu à des adénopathies caractéristiques dans les deux aines. Il fut, dès leur apparition, soumis à un traitement mercuriel.

Deux mois après, il survint sur la peau une éruption vésiculeuse discrète, constituée par un petit bouton blanc séro-purulent, entouré d'une auréole d'un rouge cuivré, un peu élevé au-dessus des parties voisines.

Le 9 juin (3e mois révolu de la syphilis), il entra dans mon service, salle 8, n° 15. Il éprouvait alors des douleurs dans les membres. Elles avaient commencé par le bras droit. Il s'aperçut un matin qu'il ne pouvait pas *fléchir* l'avant-bras sur le bras de ce côté sans éprouver une douleur violente située vers le tendon du biceps, en dedans surtout, un peu au-dessus du pli du coude, au-dessous de l'insertion des fibres musculaires.

Elle était exaspérée aussi par *l'extension qui ne pouvait pas être complète*. Les mouvements seuls la provoquaient. Elle occupait, dans une étendue de 3 centimètres, au-dessus de l'épithrochlée, l'espace compris entre le biceps et le triceps.

Ni contractions, ni convulsions, ni crampes. Fatigue dans tout le membre et sensation de pesanteur. Rien dans l'épaule, dans l'avant-bras, ni dans la main. Pas d'irradiations douloureuses.

Il existait une douleur semblable, mais moins vive, à la même place dans le pli du coude gauche.

Cinq ou six jours après, des douleurs survinrent également dans le creux du jarret gauche, à l'insertion des gastro-cnémiens. Contrairement à celles des bras, elles se produisaient sous forme de crises et d'irradiations. Quoique

moins vives que celles des membres supérieurs, elles gênaient les mouvements. Il me fut cependant impossible de découvrir aucun changement matériel appréciable dans les parties qui en étaient le siége.

Cet état de choses persista pendant tout le mois de juin, que le malade passa dans mon service. Quand il sortit, la première poussée sur la peau était à peu près guérie, il ne restait que quelques pustules varioliformes ombiliquées, grosses comme uue tête d'épingle. La santé générale était très-bonne.

Le 5 juillet (4e mois de la syphilis), l'extension complète de l'avant-bras gauche sur le bras était impossible à cause de la douleur. Quand on arrivait à un certain degré d'extension forcée, on sentait le tendon du biceps se raidir et il se produisait une douleur aiguë dans le pli du coude et en arrière au niveau de l'olécrane. Cette douleur remontait le long du bord interne du biceps jusqu'à sa partie moyenne et irradiait dans les masses musculaires interosseuses de l'avant-bras jusqu'au poignet. Il n'existait aucun trouble de la motilité ni dans les muscles de l'avant-bras, ni dans ceux de la main.

Les mêmes douleurs existaient à droite. Seulement l'extension complète de l'avant-bras sur le bras y était possible.

Dans les deux membres supérieurs, outre ces douleurs, il y avait une gêne, une raideur générale de tous les mouvements. Je constatai que le biceps gauche ne paraissait être le siége d'aucune contracture, quoique l'extension de ce côté-là fût impossible.

Il y avait aussi quelques douleurs irradiantes dans les jarrets.

Toutes les articulations étaient intactes.

XVI.

Cette dernière circonstance est importante à noter et voici pourquoi : outre la syphilis, le malade avait un écou-

lement blennorrhagique chronique peu abondant. N'aurait-on pas pu rapporter à ce catarrhe uréthral les douleurs peri-articulaires des coudes et des jarrets, ainsi que les phénomènes de rhumatisme musculaire des biceps et des gastro-cnémiens? Je ne le pense pas. Les gaînes des tendons, les synoviales, les ligaments des articulations, le périoste, les extrémités osseuses restèrent toujours intacts. Or, il est rare qu'une ou plusieurs de ces parties ne soient pas atteintes dans le rhumatisme blennorrhagique, et que la détermination se confine dans les nerfs ou dans les muscles seulement. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois les formes névralgiques et musculaires de cette singulière affection; mais, dans aucun cas, la douleur n'affectait un siége aussi précis et aussi exclusif que chez ce malade. Je l'ai vue occuper surtout les muscles de la nuque et du cou, ceux des lombes, les masses musculaires de la cuisse, principalement les externes; mais jamais je n'ai rencontré dans le rhumatisme musculaire ce groupe de symptômes limité aux extenseurs de l'avant-bras sur le bras, qui constitue l'affection bicipitale syphilitique.

Quoique léger, cet écoulement blennorrhagique se compliqua, dans le courant de juillet, d'une épididymite du côté droit dont la résolution fut très-lente, ce qui tenait peut-être à la présence d'un gros kyste du cordon de ce côté-là.

Au commencement d'août (5[e] mois révolu de la syphilis), le malade était guéri de toutes les manifestations syphilitiques. Il n'avait pas cessé un instant de se traiter depuis l'apparition du chancre. Les douleurs du coude gauche furent les dernières à disparaître. L'extension de l'avant-bras sur le bras augmenta graduellement et devint complète vers le milieu du mois de juillet. Le malade partit pour la campagne; je ne l'ai pas revu.

Il y a dans ce cas une complexité de phénomènes qu'on ne trouve pas dans ma première observation. Le fait prédominant, c'était la douleur. Elle avait pour foyer principal, pour point de départ, la région antérieure du coude dans les membres supérieurs, et le creux du jarret dans les membres inférieurs. Elle ne présentait point le caractère de la douleur inflammatoire provoquée par la synovite articulaire ou tendineuse. Elle était plutôt névralgiforme, irradiante, musculaire, crampoïde. Elle ne siégeait pas au niveau des interstices articulaires ou des bourses synoviales, mais sur le trajet des masses musculaires et surtout à l'endroit où les fibres s'insèrent sur les tendons.

Quant aux troubles fonctionnels des muscles, ils ont été beaucoup moins accusés que la douleur. Le biceps du côté gauche a été seul atteint soit primitivement, soit par action réflexe. Il ne paraissait pas contracturé ni rétracté d'une manière permanente. Sa consistance était à peu près celle de l'état normal ; pourtant l'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible, et quand on voulait la produire de force, le tendon bicipital formait sur la peau une corde tendue, dure et rigide. C'étaient donc son muscle et lui qui semblaient un obstacle à l'extension, quoiqu'ils ne présentassent aucune lésion apparente. Et comme, d'une autre part, c'était en eux que la douleur siégeait, il y a toute raison de supposer qu'eux seuls étaient atteints, à l'exclusion de la bourse synoviale et de l'articulation.

Voilà donc, selon moi, un exemple de rétraction syphilique du biceps, avec prédominance de la douleur.

Remarquez, je vous prie, messieurs, combien cette affection a été précoce. Elle a fait partie de la première poussée des accidents. Elle est survenue trois mois après le début du chancre, et a duré un mois et demi.

Dans le cas de M. Notta, l'affection bicipitale, également

douloureuse, présente quelque analogie avec cette dernière; mais elle est survenue à une époque beaucoup plus tardive, en pleine période tertiaire. Devons-nous en conclure que l'âge de la syphilis ne la modifie pas, ne lui imprime aucun caractère particulier et qu'elle garde à peu près la même physionomie quelles que soient ses coïncidences pathologiques?

Une autre circonstance à noter dans le cas précédent, c'est la répétition des mêmes phénomènes, mais à un moindre degré, sur le coude droit, et dans le creux des deux jarrets. Seulement, là il n'y a eu que de la douleur, sans contracture ou rétraction marquées d'aucun muscle ni d'aucun tendon. On aurait dit que l'affection n'était qu'à l'état d'ébauche.

XVII

Je crois, messieurs, que dans aucune des trois observations précédentes les surfaces articulaires, les ligaments et les bourses synoviales n'étaient atteintes. M. Notta et moi nous avons exploré très-minutieusement les coudes de nos malades, à plusieurs reprises, sans y découvrir aucune lésion.

Pourtant elles ne restent pas latentes quand elles existent. Et pour vous en donner une preuve, je vais vous rapporter un cas d'arthropathie syphilitique du coude gauche que j'ai observé en 1870. Vous verrez que l'impossibilité où était le malade d'étendre et de fléchir complétement l'avant-bras sur le bras avait une raison d'être qui sautait aux yeux et ne pouvait être méconnue.

Obs. IV. — Le malade en question était d'un tempérament lymphatique et d'une constitution en apparence strumeuse ; il n'avait jamais eu cependant aucune maladie générale ou locale, accidentelle ou acquise.

Après une continence de trois mois, il eut commerce avec une coureuse rencontrée sur le boulevard de La Chapelle, dans les premiers jours d'avril 1869. Au bout de quatre semaines, plusieurs chancres infectants se développèrent sur le gland et sur le prépuce. Cette année-là je le traitai à deux reprises différentes dans mes salles, tant pour ses chancres que pour les accidents consécutifs, lesquels consistèrent en plaques cutanées et éruptions erythémato-papuleuses sur toute la surface du corps.

Le 5 janvier 1870, il entra pour la troisième fois dans mon service, salle 8, nº 24. Il avait alors des plaques muqueuses sur les parties génitales, et une éruption de larges papules plates formant sur quelques points de véritables plaques cutanées sèches.

Vers le milieu de janvier (9e mois de la syphilis), ce malade fut pris, sans cause occasionnelle appréciable, d'une douleur extrêmement vive dans le coude droit. Elle était continue, plus vive la nuit et le matin que le jour, et accompagnée de l'impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras.

Cette douleur était survenue progressivement. Pendant 4 jours elle fut très-forte. Le malade ne pouvait faire exécuter à l'avant-bras sur le bras qu'un mouvement très-limité d'extension et de flexion.

Le 27 janvier, je constatai l'état suivant : En arrière du coude droit, sur les côtés de l'olécrane, il existait deux tuméfactions pâteuses sous-cutanées, sans changement de couleur à la peau, non fluctuantes, qui semblaient se continuer avec les dernières fibres musculaires du triceps brachial. Cet empâtement était plus prononcé en dehors qu'en dedans.

Dans le pli du coude on ne découvrait absolument aucune lésion : l'exploration n'y faisait point naître de douleur, excepté toutefois quand on voulait forcer l'extension ou la flexion, qui ni l'une ni l'autre ne pouvaient s'effectuer complétement. La douleur provoquée se produisait alors : 1º dans

le pli du coude pour l'extension ; 2° sur les côtés de l'olécrane pour la flexion. Rien du côté du nerf cubital.

La force musculaire n'était pas diminuée. On ne sentait aucune nodosité, aucune tuméfaction, aucune contracture, en un mot aucun changement dans les masses musculaires du bras et de l'avant-bras qui viennent s'insérer au pourtour de l'articulation. Cette articulation mesurait 27 centimètres de circonférence, tandis que celle du côté sain n'en avait que 23.

Dans le relâchement complet des muscles du bras, c'est-à-dire dans le tiers de la flexion, on constatait de la fluctuation sur les côtés de l'olécrane. Elle disparaissait dans les mouvements forcés de flexion et d'extension. L'existence d'une hydarthrose du coude n'était donc pas douteuse. Toutes les autres articulations étaient intactes. Il y avait cependant un peu de raideur dans le coude gauche. Il n'y avait point de douleurs névralgiques dans le membre malade.

Pâleur. Bruits musicaux dans les vaisseaux du cou. Rien au cœur.

Je prescrivis des frictions mercurielles qui agirent rapidement sur la syphilide, sans provoquer de salivation.

Dès le 8 février on sentait des craquements sur les côtés de l'olécrane.

Le 24 (5e semaine de l'arthropathie), la tuméfaction de la synoviale avait beaucoup diminué, ainsi que les douleurs provoquées. Néanmoins l'extension complète de l'avant-bras droit sur le bras était encore impossible. Le tendon se tendait et se raidissait dès qu'on voulait un peu forcer le mouvement. — Le coude gauche était revenu à son état normal.

Le 1er mars, l'extension restait encore incomplète à droite et il y avait toujours de la tension et de la dureté dans le tendon du biceps; mais la tuméfaction de la synoviale avait tout à fait disparu. La douleur provoquée par la flexion et l'extension forcée persistait. L'éruption cutanée était guérie. Le malade se sentant beaucoup mieux voulut sortir. Je ne l'ai pas revu.

XVIII

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires; elle est assez claire, assez démonstrative par elle-même. D'abord il est évident que l'arthropathie du coude s'est développée sous la seule influence de la syphilis, en dehors de toute autre influence constitutionnelle et sans l'intervention d'une cause accessoire. Elle était caractérisée par un état sub-inflammatoire de la synoviale accompagné d'un épanchement considérable de liquide dans l'intérieur de sa cavité. C'était une véritable hydrophlegmasie, à processus lent, à allure chronique. Néanmoins la douleur était vive, surtout au début.

Eh bien n'est-ce pas à l'existence de ces douleurs provoquées et exaspérées par les grands mouvements de flexion et d'extension qu'il faut rapporter d'une part l'impossibilité où l'on était de les porter à leur degré le plus extrême, et d'autre part l'état de tension, de contraction du biceps suscité par une action réflexe et instinctive pour maintenir les deux segments du bras dans la situation moyenne de flexion qu'ils prennent naturellement pendant le repos?

Mais il faut tenir compte aussi de la gêne et de l'obstacle suscité par l'abondance de l'épanchement.

L'état du biceps était donc subordonné ici à l'état morbide de l'articulation.

Il était secondaire et consécutif, au lieu d'être primitif comme dans les trois observations précédentes où l'on ne découvrait aucune trace d'arthropathie.

Je crois donc que ni les nerfs ni le tissu du muscle n'étaient atteints; que l'action syphilitique ne s'était portée ni sur lui ni sur ses congénères ou ses antagonistes, et que

sa perturbation fonctionnelle était dominée et réglée par l'état morbide de l'articulation.

Une preuve qu'il en était ainsi, c'est que le coude opposé qui, lui aussi, avait été touché dans sa synoviale, mais légèrement, ne provoquait qu'une action réflexe très-minime et presque insignifiante dans les muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras.

Quoique les différences entre ce cas et les trois premiers soient plus frappantes que les analogies, il ne faut pas cependant méconnaître ces dernières. Ainsi, dans les quatre cas il a existé un empêchement invincible à *l'extension complète*, et dans les trois qui me sont propres cet empêchement avait lieu aussi pour la *flexion*. Mais quant au dernier, la cause résidait dans l'arthropathie du coude, tandis que pour les autres elle était moins matérielle, moins mécanique et paraissait consister dans une modalité morbide des nerfs moteurs et des fibres musculaires des muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras, et en particulier du muscle biceps.

(A suivre.)

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU PITYRIASIS CIRCINÉ, par M. HORAND, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Parmi les maladies de la peau, il en est une que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer chez les enfants, et dont le diagnostic m'a longtemps embarrassé, n'ayant rien ou à peu près rien trouvé dans les ouvrages de dermatologie qui s'y rapporte. Seul M. Hardy mentionne cette affection, mais sans en préciser d'une manière suffisante les caractères pour permettre de la reconnaître. Cependant elle mérite une étude spéciale, car ses symptômes peuvent prêter à la confusion avec d'autres maladies d'une nature bien différente. C'est ainsi qu'on peut facilement la confondre soit avec l'herpès circiné, soit avec le pityriasis versicolor, si l'on se borne à un examen superficiel. Or, une semblable erreur de diagnostic conduit nécessairement à en faire une maladie parasitaire, ce qui constitue un fait d'autant plus grave qu'il s'agit souvent d'enfants au sujet desquels on attend l'opinion du médecin pour savoir si la maladie dont ils sont atteints est ou non contagieuse.

Le but de ce travail est donc d'attirer l'attention sur cette maladie cutanée, et d'en indiquer les principaux caractères d'après les faits qu'il m'a été donné d'observer.

OBSERVATION I.

Pityriasis circiné de la partie postérieure et supérieure du tronc.

Adolphe Girard, âgé de 11 ans, entre à l'Antiquaille le 18 décembre 1872, pour une maladie cutanée, au sujet de laquelle il raconte les faits suivants :

Il y a trois mois, il prit un bain d'une heure dans la Saône. C'était au moment de la canicule, et dans la soirée il éprouva un malaise général avec courbature et vomissements. Ce furent là toutefois les seuls symptômes qu'il présenta. Le lendemain il retrouvait sa bonne santé habituelle, et continua les jours suivants à se bien porter. Ce n'est qu'un mois après qu'il vit apparaître, au-dessus du talon gauche, ce qu'il nomme une dartre, c'est-à-dire une plaque circulaire, bien limitée, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs, sèche, légèrement rouge et parsemée à sa surface de pellicules blanchâtres. Pendant un mois cette plaque resta seule, mais au bout de ce temps il s'en développa d'autres, et aujourd'hui l'affection est confluente au niveau de la partie postérieure et supérieure du tronc.

Elle est constituée par des plaques de dimensions variables, ne dépassant pas toutefois celles d'une pièce de 2 francs, arrondies, un peu en relief, jaunâtres, furfuracées surtout sur les bords, le centre ne différant de la peau normale que par une teinte jaunâtre, sans la moindre rougeur, ni vésicules, ni croûtes, et séparées par des intervalles de peau saine.

Cet enfant a du reste une bonne constitution, et ses parents ont toujours joui d'une parfaite santé.

A partir du 30 décembre le malade, que j'avais laissé jusqu'alors en expectation, prend tous les deux jours un

bain avee 80 grammes de sulfurc de potasse et fait des onetions avee du cérat soufré. Sous l'influenee de eette médieation lcs plaques s'effaecnt rapidement et, le 18 janvier 1873, eet enfant sort de l'Antiquaille complétement guéri.

OBSERVATION II.

Pityriasis circiné du cou et du tronc.

Madeleine Dunand, âgée de 8 ans, entre à l'Antiquaille le 14 novembre 1873, pour une maladie eutanée dont le début remonte à un mois. C'est par le cou qu'elle a commencé, de là elle s'est propagéc au tronc et a respecté les membres et la tête. Elle est caractérisée par des plaques de grandeur et de forme variables, dont les dimensions oseillent entre eelles d'une lentille et eelles d'une pièce de 5 francs, formant quelquefois des bandes irrégulières, d'autres fois ayant une forme cireulaire ou ovalaire, mais le plus souvent tourmentée eomme celle des îles des cartes géographiques. Ces plaques sont nettement délimitées par leurs bords saillants, dont la saillie toutefois atteint rarement un millimètre, et le centre se trouve sur le même plan que la peau. Elles sont séparées par des intervalles de peau saine au moins égaux en surfaee aux parties malades. Leur coloration est jaunâtre et ne disparaît pas par la pression du doigt. Elles présentent une desquamation furfuraeée très-fine sur toute leur surface et prineipalement sur leurs bords, de sorte qu'à leur niveau les sillons de séparation des cellules cornées de l'épiderme sont très-nets et donnent à ees plaques un aspect chagriné. Au toucher elles sont légèrement rugueuses, mais la peau n'est

pas épaissie et a conservé toute sa souplesse. Elles occupent le cou et le tronc tout entier. Enfin, elles semblent se former d'emblée avec les dimensions qu'elles doivent avoir et ne s'agrandissent plus ensuite. Elles ne donnent lieu à aucune sensation de démangeaison et le prurit n'apparaît que quand le tronc est humecté de sueur.

L'état général de cette petite fille est bon, quoiqu'elle ait eu en 1872 une kérato-conjonctivite double et une fièvre typhoïde. Elle est seulement un peu pâle et anémique.

Le 18 novembre, je lui prescrivis le traitement suivant : tisane de petite centaurée, sirop de phosphate de fer, eau d'Orezza, vin, et une pommade avec 4 grammes de sous-carbonate de soude et 2 grammes de fleurs de soufre pour 30 grammes d'axonge.

La malade quitte l'Antiquaille le 3 février 1874, complétement guérie.

OBSERVATION III.

Pityriasis circiné du tronc. — Impétigo pedicularis de la région sous-occipitale. — Eczéma du dos et des paupières.

Paul Pauter, âgé de 10 ans, entre à l'Antiquaille le 7 février 1873.

L'affection qu'il présente est complexe et offre des caractères différents, suivant les points où on l'examine.

Sur le moignon de l'épaule, sur les bras et en avant du thorax, il existe une éruption sèche formée de petites plaques isolées les unes des autres, arrondies, circinées, de couleur jaunâtre avec petits furfures blanchâtres à la surface, et séparées par des intervalles de peau saine.

Dans le dos, dans toute la région postérieure du tronc,

c'est une affection humide, caractérisée par une rougeur uniforme, un suintement visqueux et de larges lamelles épidermiques blanchâtres qu'on détache facilement. Les bords ciliaires sont rouges, tuméfiés, garnis de croûtes jaunâtres et les cils collés les uns aux autres.

A la nuque ce sont des croûtes, les unes jaunâtres, humides, avec ulcération superficielle du derme, situées à la naissance des cheveux qu'elles agglutinent, d'autres brunâtres sous forme de grains appendus aux cheveux qui souvent les traversent au centre. En même temps on voit, çà et là, de nombreux poux.

Au dire du malade le début de cette affection remonte à six mois, et il l'attribue à un bain froid d'un quart d'heure qu'il aurait pris dans un étang. Toutefois il n'en fut pas indisposé immédiatement, et ce n'est qu'un mois après que l'éruption apparut dans le dos; mais il ignore à quel moment se développa celle de la partie antérieure du thorax.

Quant à l'éruption du cuir chevelu, elle est ancienne, et depuis longtemps cet enfant, qui est orphelin, néglige les soins hygiéniques que réclame sa chevelure.

Néanmoins l'état général est bon, et toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Dès le 8 février, ce malade est soumis à un traitement en rapport avec les différentes lésions cutanées qu'il présente. Ainsi on coupe les cheveux, on détache les croûtes au moyen de cataplasmes de farine de lin, puis on fait des onctions sur la tête avec une pommade au sulfate de cuivre, et l'impétigo du cuir chevelu guérit rapidement. Pour l'eczéma du dos et des paupières, on se sert du cérat au calomel. Pendant 15 jours, l'éruption de l'épaule et de la partie antérieure du thorax est soumise à une observation régulière, afin d'en étudier la marche; mais ses caractères ne subissent aucun changement, et alors on recommande

au malade de frictionner également les plaques de ces régions avec le cérat au calomel.

A la fin du mois de mars, cet enfant est complétement guéri des diverses manifestations cutanées pour lesquelles il est entré à l'Antiquaille ; mais à ce moment il contracte un favus du cuir chevelu, de telle sorte qu'il ne quitte l'hospice qu'au mois de juin 1873.

Au mois de novembre de la même année, Paul Pauter entre de nouveau dans mon service, et je constate alors ce qui suit :

Sur le tronc il existe, en avant, des plaques jaunâtres, un peu rosées, dont les dimensions varient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de 2 francs. Elles sont assez régulièrement arrondies ; leurs bords sont légèrement saillants et de la même couleur que le centre ; une fine desquamation furfuracée a lieu à leur surface, enfin elles sont séparées par des intervalles de peau saine. On en rencontre non-seulement sur le thorax et l'abdomen où elles sont discrètes, mais encore dans la région dorso-lombaire où elles sont plus nombreuses et plus irrégulières. Nulle part elles ne sont prurigineuses. Les membres sont indemnes de toute éruption, mais sur le cuir chevelu on retrouve la même affection que lors de sa première entrée à l'Antiquaille. L'eczéma des cils s'est reproduit également. L'état général est satisfaisant.

On institue le même traitement que la première fois, en y ajoutant des bains sulfureux, et sous l'influence de cette médication l'impétigo du cuir chevelu et l'éruption du tronc disparaissent rapidement. Seul l'eczéma des cils résiste longtemps, de telle sorte que ce malade ne quitte l'hospice qu'au mois d'août 1874.

Cette observation pourrait faire l'objet d'une longue dissertation, si on l'envisageait au point de vue de l'herpétis, mais telle n'est pas notre intention. Nous ne voulons attirer

l'attention que sur l'éruption pityriasique à forme circinée dont cet enfant a été atteint à deux reprises différentes, concurremment avec un impétigo pedicularis du cuir chevelu et un eczéma du dos et des paupières.

OBSERVATION IV.

Pityriasis circiné du tronc et des membres. — Impétigo localisé du cuir chevelu.

Romain Jassaud, âgé de 13 ans, entre à l'Antiquaille le 20 mars 1874. Depuis un mois ce malade est atteint d'une affection cutanée qui a pour siége la face antérieure et les parties latérales de la poitrine, ainsi que la région antérieure des épaules. Elle est caractérisée par des plaques à peu près arrondies, de 2 à 5 centimètres de diamètre, dont la forme circinée est nettement accusée ; au centre la peau a son aspect normal, tandis qu'à la périphérie il existe une zone légèrement saillante d'une coloration jaunâtre et parsemée de petits furfures qui se détachent facilement. Outre ces plaques, on en trouve d'autres plus petites dont les unes sont pleines et les autres circinées, mais toutes de coloration jaunâtre et séparées par des intervalles de peau saine. De temps à autre cette affection donne lieu à un peu de prurit. Quant à la cause qui a pu en favoriser le développement, elle m'échappe complétement.

En examinant la tête de cet enfant, on constate sur le pariétal gauche l'existence d'une croûte arrondie, de 2 centimètres de diamètre, peu épaisse, constituée par une matière brune desséchée à la superficie, jaune profondément, englobant les cheveux et adhérente au cuir chevelu. Cette croûte offre en un mot tous les caractères de l'impétigo localisé.

Quant à l'état général du malade, il est excellent.

Le traitement consiste à lui faire prendre des bains sulfureux et frictionner l'éruption du thorax avec une pommade à l'iodure de soufre. Au moyen de cataplasmes de farine de lin, on détache la croûte d'impétigo, et quelques onctions avec une pommade au sulfate de cuivre suffisent pour obtenir la guérison du cuir chevelu. L'enfant sort guéri le 27 juin 1874.

OBSERVATION V.

Pityriasis circiné du tronc et des membres.

Sidoine Jassaud, âgé de 11 ans, entre à l'Antiquaille le 3 septembre 1874, pour une affection cutanée qu'il prétend avoir contractée en couchant avec son frère dont je viens de rapporter l'observation.

Quoi qu'il en soit, il y a huit jours, en se lavant il s'aperçut qu'il portait sur le tronc et les bras de petites plaques peu saillantes, irrégulières, de couleur blanc jaunâtre, développées sans prurit et sans aucun malaise.

Actuellement l'éruption siége principalement sur le tronc, en avant plus qu'en arrière, au niveau des régions scapulaires et deltoïdiennes. Elle est constituée par des plaques dont les dimensions varient entre celles d'une tête d'épingle et celles d'une pièce de 20 centimes. Ces plaques sont peu saillantes, d'une couleur à peine accentuée, rose pâle ou jaunâtre, quelquefois se distinguant difficilement de la peau saine, un peu rugueuse à leur surface et donnant lieu à une desquamation furfuracée très-fine.

Cette éruption s'observe aussi sur les membres, mais surtout sur les membres supérieurs dont elle occupe le sens de la flexion.

L'enfant jouit d'ailleurs d'une bonne santé, mais les soins de propreté lui font complétement défaut.

Dès le 5 septembre, il prend tous les deux jours un bain sulfureux, se frictionne dans le bain avec du savon noir, et dans la journée fait des onctions avec la pommade au sous-carbonate de soude. Il sort guéri le 28 octobre 1874.

OBSERVATION VI.

Pityriasis circiné du tronc. — Pityriasis alba de la face. — Impétigo des lèvres et du menton.

François Fugier, âgé de 7 ans, entre à l'Antiquaille le 6 mai 1874, pour différentes affections cutanées sur lesquelles il ne peut donner aucun renseignement.

Au milieu du dos, un peu plus à gauche qu'à droite, on voit trois plaques affectant une forme assez régulièrement arrondie dont la circonférence est légèrement rouge, couverte de furfures, tandis qu'au centre la peau présente sa coloration normale. L'une a 2 centimètres de diamètre, l'autre 3 centimètres, et la plus petite 1 centimètre. Sur le reste du dos, on remarque encore 6 ou 7 plaques ayant les mêmes caractères.

Les deux commissures labiales, le bord libre de la lèvre inférieure et le menton sont couverts de croûtes humides, jaunâtres, de la consistance du miel desséché, au-dessous desquelles le derme est humide, saignant.

Entre les sourcils on remarque une petite plaque oblongue de 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, couverte de furfures minces, petits, déchiquetés avec un peu de rougeur de la peau. Sur le tiers antérieur du bord du maxillaire inférieur, sur la paupière supérieure droite, sur la joue gauche et sur le cou il existe des plaques arrondies, à peine saillantes, roses et furfuracées.

En résumé, cet enfant est atteint à la fois d'un impétigo des lèvres et du menton, d'un pityriasis simplex de la face et du cou, enfin d'un pityriasis circiné du dos. Néanmoins il jouit d'une bonne santé et n'accuse aucun malaise.

Le traitement consiste dans l'emploi du cérat au calomel et des bains sulfureux.

Le 4 juin 1874, le malade quitte l'hospice complétement guéri.

OBSERVATION VII.

Pityriasis circiné du tronc.

Adrienne Mollard, âgée de 12 ans, apprentie dévideuse, entre à l'Antiquaille le 22 juillet 1875, pour une affection cutanée dont elle fait remonter le début à deux mois environ et survenue sans le moindre malaise.

Cette affection siége exclusivement au niveau des régions scapulaires et sous-claviculaires, et plus accusée à droite qu'à gauche. Elle est constituée par des plaques de dimensions variables, mais ne dépassant pas celles d'une pièce de 2 francs. Les plus grandes ont une forme circinée très-nette. Leur bord est un peu saillant, jaunâtre et furfuracé, tandis que leur centre paraît à peine malade et la peau ne diffère des parties voisines que par une légère teinte jaunâtre. Les plus petites sont pleines, également jaunâtres, fournissent une desquamation furfuracée très-fine, et forment un léger relief qu'on aperçoit surtout en plaçant obliquement la malade.

La santé de cette jeune fille est parfaite, et de plus elle n'accuse qu'un peu de prurit au niveau de l'éruption cutanée.

Quant à l'étiologie de cette affection, elle échappe com-

plétement. Toutefois il n'est pas sans intérêt de noter que cette malade a eu, il y a cinq mois, un impetigo pedicularis du cuir chevelu qu'elle a gardé deux mois, et de plus elle porte sur le corps les signes d'un manque complet de soins de propreté.

Je lui prescris tous les deux jours un bain avec 250 gr. de sous-carbonate de soude et des frictions avec du savon noir. Sous l'influence de ce traitement les plaques s'effacent, un grand nombre disparaît dès les premiers bains, et à partir du 15 août 1875 la petite malade est considérée comme complétement guérie.

Telles sont les sept observations que j'ai pu recueillir dans le service des enfants de l'Antiquaille, relativement à une maladie cutanée encore mal définie et dont je vais essayer de grouper les symptômes.

Cette affection peut avoir pour siége le cou, le tronc et les membres, mais elle se montre surtout au niveau des régions scapulaires, deltoïdiennes et sous-claviculaires. Elle est constituée par des plaques discrètes ou confluentes, dont les dimensions varient ordinairement entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de 2 francs. Ce n'est que dans quelques cas rares qu'elles dépassent ces dimensions. Ces plaques sont à peine saillantes au-dessus du niveau de la peau, arrondies, les plus petites pleines, les autres déprimées au centre, c'est-à-dire que le bord seul fait une saillie, ce qui leur donne une forme circinée nettement accusée. Leur couleur varie du rose pâle au blanc jaunâtre, se rapprochant tellement de la teinte de la peau environnante, qu'on a quelquefois de la peine à les distinguer du reste du tégument si l'on n'a pas soin de disposer le malade de manière à l'examiner obliquement. Souvent aussi le bord seul est coloré. Ces plaques sont constamment sèches, leur surface est plus ou moins furfuracée et les tissus sur lesquels elles reposent sont souples, non épais-

sis ou enflammés. La peau qui les sépare les unes des autres est saine. Enfin elles s'accompagnent quelquefois d'un peu de prurit, de telle sorte que, sous l'influence de l'irritation produite par le grattage, elles rougissent. Du reste elles ne donnent lieu à aucun phénomène inflammatoire pendant le cours de leur évolution, dont la durée ne peut être déterminée d'une manière précise. Cette éruption peut persister plusieurs mois si le malade ne lui oppose aucun traitement; mais malgré son ancienneté, ses caractères ne changent pas et les plaques semblent conserver tout le temps de leur existence les dimensions qu'elles ont dès le début. Enfin, après sa disparition, cette affection ne laisse aucune trace de son passage.

C'est à dessein que dans chaque observation j'ai passé sous silence le résultat de l'examen microscopique, me réservant d'en parler ici. Dans aucun des cas, cet examen n'a été négligé; chaque fois je puis dire qu'il a été fait avec le plus grand soin, et cela en vue de savoir si cette affection est ou non parasitaire. J'ai eu soin de faire macérer pendant 24 heures dans de l'éther la poussière épidermique obtenue par le râclage des plaques, de la laver avec de l'alcool après l'évaporation de l'éther, et pour monter les préparations je me suis servi de la glycérine et de l'acide acétique.

Or, n'ayant jamais trouvé les éléments qui caractérisent les parasites végétaux, je me crois autorisé à soutenir que cette affection cutanée n'est pas de nature parasitaire.

Elle ne m'a pas paru non plus contagieuse, bien que j'aie été appelé à traiter deux frères atteints de cette affection, car tous deux avaient été exposés aux mêmes causes pour la contracter, c'est-à-dire que l'un et l'autre étaient dans de mauvaises dispositions hygiéniques.

Quant à l'état général des malades, il est ordinairement très-bon; et si dans quelques cas il laisse quelque chose à

désirer, cela tient non à l'affection cutanée que je viens de décrire, mais à d'autres maladies intercurrentes, ainsi que cela ressort des observations que j'ai signalées.

Si, connaissant la symptomatologie de cette affection, on cherche à lui donner un nom et à lui assigner une place dans le cadre nosologique des maladies cutanées, on voit qu'il s'agit d'une affection sèche et essentiellement constituée par une desquamation furfuracée très-fine. Elle appartient ainsi au groupe *pityriasique*. De plus la forme circinée que prennent les plaques qui ont une certaine dimension, constituant un des caractères importants de l'éruption, en fait une variété particulière. Dès lors le nom qui convient le mieux à la maladie dont je viens de tracer les principaux caractères est celui de *pityriasis circiné*, et c'est à M. Hardy que revient l'honneur de cette dénomination. « Le pityriasis circiné, dit le professeur de Saint-Louis, est une variété de pityriasis dans laquelle les pellicules épidermiques affectent une disposition circulaire et une régularité très-nette et très-bien accusée.

Il me reste à exposer les raisons pour lesquelles ce n'est ni le pityriasis circinata de M. Bazin, ni l'érythème centrifuge de Biett, ni un pityriasis versicolor, ni un herpès circiné.

Le pityriasis circinata est une variété de forme du pityriasis rubra caractérisée par de petites taches rouges, très-prurigineuses, disséminées, semblables à celles qu'on trouve dans le psoriasis guttata. Elles se réunissent bientôt et constituent des cercles plus ou moins complets. Au début les taches sont le siége d'une exfoliation quelque peu lamelleuse; plus tard la desquamation est furfuracée. Cette éruption est précédée de phénomènes généraux et constitue pour M. Bazin un pseudo-exanthème arthritique (1).

(1) Bazin, *Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, p. 201.

Il ressort nettement de cette description que le pityriasis circiné ne ressemble en rien au pityriasis circinata : aussi dirai-je que c'est bien à tort que M. Baudot a reproché à M. Hardy de n'avoir pas accepté à propos de cette affection les idées de M. Bazin (1).

D'après Cazenave et Schedel, l'erythème centrifuge de Biett se présente surtout chez des jeunes gens et principalement chez des femmes. Il a pour siége spécial le visage. Il commence par un point papuleux qui prend un accroissement excentrique quelquefois assez considérable, et peut envahir une grande partie de la face. Le plus ordinairement il se manifeste sous la forme de plaques bien arrondies, de la largeur d'une pièce de 2 francs, rouges, légèrement élevées. Les bords sont très-saillants et le centre est sain et déprimé ; la rougeur et la chaleur sont très-vives. La rougeur, qui présente des nuances très-variées, disparaît sous la pression du doigt. Enfin cet érythème laisse habituellement une dépression sur le derme (2).

Cette symptomatologie ne permet pas de confondre le pityriasis circiné avec l'érythème centrifuge. Le pityriasis circiné se développe, en effet, de préférence chez les garçons ; il ne siége pas à la face, les plaques qui le caractérisent ne sont ni rouges, ni chaudes ; après sa disparition, on ne constate pas de dépression sur la peau. J'ajouterai encore que, d'après Chausit, l'érythème centrifuge a pour caractère essentiel la dégénérescence des points affectés, et c'est pour cette raison que Cazenave l'a reporté au type lupus (3).

Le pityriasis versicolor se présente sous forme de plaques ordinairement de la grandeur d'une pièce de 5 francs,

(2) Bazin, *Affections génériques de la peau*, t. I, p. 362.

(1) Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 66.

(2) Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, p. 6.

souvent beaucoup plus étendues, de couleur café au lait, pleines, non circinées, avec des contours irréguliers, offrant non une desquamation, mais une sorte de crasse qui, examinée au microscope, permet de constater l'existence d'un parasite végétal.

Les plaques du pityriasis circiné sont plus petites, d'une couleur jaune blanchâtre, régulières, les plus grandes circinées, la plaque tout entière fournissant une fine desquamation furfuracée non parasitaire.

L'herpès circiné se compose de plaques peu nombreuses, d'un rouge assez vif et furfuracées au début; puis au fur et à mesure qu'elles grandissent, leurs bords deviennent vésiculeux tout en restant rouges, et les furfures sont remplacés par de petites croûtes. En même temps la peau reprend au centre ses caractères normaux. Quelquefois les plaques acquièrent des dimensions considérables, et alors on peut voir plusieurs cercles concentriques. L'examen microscopique fait découvrir un parasite végétal.

Les plaques de pityriasis circiné sont plus nombreuses, d'un rose pâle ou d'un blanc jaunâtre, finement furfuracées. Pas de rougeur, pas de vésicules ni de croûtes sur leurs bords. Elles ont ordinairement des dimensions plus petites, et dès le début leur accroissement est complet. Enfin en examinant les furfures au microscope, on ne trouve pas de parasite.

Quant à la nature du pityriasis circiné, elle me paraît encore obscure. Je crois cependant pouvoir conclure de mes recherches que son développement ne se rattache point à l'existence d'un parasite végétal, mais peut être attribué néanmoins à une cause externe. Certaines considérations plaident, en effet, en faveur de cette manière de voir. C'est ainsi que chez deux de mes malades l'éruption est survenue à la suite d'un bain dans une eau stagnante; et de plus, tous appartenant à la classe ouvrière, manquaient de soins de

propreté. J'ajouterai aussi que le traitement que j'ai mis en usage, et dont j'ai retiré de bons effets, ne s'est composé que de moyens externes.

Il est vrai que j'ai rencontré le pityriasis circiné concurremment avec l'eczéma chez un malade, et avec un impétigo aigu chez un autre ; mais je suis porté à admettre que ces affections étaient indépendantes les unes des autres.

Je ne puis dire si le pityriasis circiné est plus fréquent chez les enfants que chez les adultes, chez les garçons que chez les filles, le nombre de mes observations étant encore restreint. Mais ce qui est très-net pour moi, c'est que d'une manière générale il n'est pas fréquent, puisque en sept ans je ne l'ai rencontré que sept fois, dans un service d'enfants où plus de 600 malades sont traités chaque année. Cette éruption n'offre non plus aucune gravité et son traitement est des plus simples. Il se compose de bains, soit avec du sulfure de potasse soit avec du sous-carbonate de soude, et de frictions avec du savon noir. Si ces moyens ne suffisent pas à eux seuls pour faire disparaître cette affection cutanée, on a recours aux pommades alcalines ou mercurielles, et l'on ne tarde pas à en constater les heureux effets.

IV.

PEUT-ON GUÉRIR LES « TACHES DE VIN » DU VISAGE ? OUI. Par BALMANNO SQUIRE, ehirurgien au « British Hospital » pour les maladies de la peau, à Londres.

Il est peu de lésions eutanées aussi hideuses et défigurantes que les « taehes de vin » eongénitales du visage. Je veux parler du nœvus vaseulaire plat que l'on reneontre si souvent dans ehaque pays, qui donne à la moitié de la faee eette teinte cramoisie foneée si eonnue, et qui fait ressembler à un démon l'infortuné atteint de eette rebutante difformité. On observe tant d'adultes affligés de eette lésion à son état primitif qu'il est faeile de voir eombien peu on essaye de la guérir; et il suffit d'avoir un peu d'expérienee sur la matière pour s'apereevoir qu'une intervention queleonque n'est pas en faveur auprès du eorps médieal. Les uns eraignent une hémorrhagie ineoereible ; pour d'autres, la raison de s'abstenir réside dans la eieatriee qui suivra la eautérisation, seul moyen d'éviter la première objeetion. Et pourtant j'ai aequis avec bonheur la eertitude de remédier à eette affection qui défigure, par un moyen simple, exempt de danger et de douleur, expéditif et faeile, et eela sans laisser aueune traee ni de son existenee primitive, ni du moyen employé pour y parvenir.

Je me sers alors d'une aiguille à eataraete, dont le tranehant a quatre fois, ou à peu près, les dimensions d'une aiguille ordinaire. Je searifie la peau affectée au moyen d'ineisions franehes qui portent sur la partie malade et

même un peu au delà ; la distance à observer entre chaque incision doit être de cinq millimètres. Pour supprimer la douleur et éviter l'écoulement sanguin, je commence par insensibiliser la peau avec l'appareil de Richardson à vaporisation de l'éther. Quand j'ai pratiqué les incisions, je comprime, avec les doigts, pendant dix minutes environ, la région que j'ai ainsi opérée, doucement, mais avec force, et, pendant ce temps, j'interpose un morceau de papier buvard entre mes doigts et la peau. Le seul styptique que j'emploie est cette pression égale. En ce qui concerne la profondeur des incisions, celles-ci doivent comprendre presque toute l'épaisseur de la peau. En quinze jours, si l'opération a été bien faite, la plaie guérit, et l'on constate une notable amélioration ; il ne reste pas de cicatrice. Mais il faut avoir soin de prendre la précaution suivante : on n'exercera aucune traction latérale sur les incisions, ni pendant qu'on opère, ni une heure environ après qu'on aura fini; c'est surtout en faisant la compression qui sert de styptique qu'on devra avoir présent à l'esprit ce précepte formel. S'il se fait une pression dans un sens perpendiculaire aux bords des incisions, ceux-ci bâillent nécessairement, admettent entre eux des caillots, et ne guérissent qu'en laissant une cicatrice indélébile, tandis que, si l'on peut éviter les tractions, il ne reste absolument aucune trace. Lorsqu'une seule opération n'a pas suffi, on aura recours à une seconde et même à une troisième tentative. Dans ces cas, à la seconde opération, les incisions linéaires devront croiser obliquement les premières, c'est-à-dire en faisant avec elles un angle de 45°. S'il faut agir une troisième fois, même recommandation : ici les scarifications seront à angle droit par rapport aux incisions primitives.

Après l'opération, on respectera jusqu'au lendemain tout caillot ou toute croûte qui pourraient s'être formés ; alors

seulement on nettoiera avec un pinceau bien mou trempé dans de l'eau de savon froide et une éponge imbibée d'eau fraîche.

Pratiquée comme je l'indique, cette opération est absolument exempte de douleur. Il y a un peu de gonflement pendant quelques jours; mais il n'en reste rien après une durée normale d'une quinzaine. Point d'hémorrhagie, point de chances de mal. Ce moyen offre aux gens hideux et défigurés un remède à leur misère, remède que chaque praticien peut conseiller en toute sûreté et avec confiance. Les résultats qu'on en obtient récompensent l'homme de l'art et satisfont le malade. (*Traduit de l'anglais par le Dr Edouard Labarraque.*)

———

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DE LA PEAU PROFESSÉES A L'HOPITAL SAINT-LOUIS, par le Dr E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Paris, G. Masson, 1876.

Il est bien difficile de rendre compte en quelques lignes d'un livre qui résume de longues années d'une pratique rendue exceptionnelle, tant par le théâtre spécial sur lequel il a été donné à l'auteur d'exercer, que par l'importance d'un enseignement supérieur, qui n'a pas son semblable dans le monde entier. M.Guibout, à qui il a été donné d'occuper la chaire illustrée successivement par Alibert, Biett, Bazin et Hardy, s'est efforcé dans le cours de ces conférences de donner aux élèves un aperçu solide de chacune des espèces morbides, conduisant naturellement à établir un bon diagnostic et une thérapeutique rationnelle.

C'est assez dire qu'après des doctrinaires nous avons un maître éclectique. Il a plus envie de former une génération de praticiens sérieux que d'échafauder des théories que le temps et les hommes renverseront.

Aussi le voyons-nous tenir exactement la balance entre les innovateurs de notre époque. Un égal tribut d'estime et de confiance doit être accordé aux théories de MM. Hardy et Bazin; mais il est de toute nécessité de se garer des exagérations de leurs systèmes poussés dans leurs dernières limites.

Comme tout dermatologiste au courant de la science

moderne, M. Guibout croit aux diathèses et à leur influence sur le plus grand nombre des espèces morbides en pathologie cutanée. C'est assez dire qu'il a su se mettre en garde contre les erreurs des vieilles nomenclatures essentiellement descriptives qui, avec Willan et Bateman, au point de vue surtout de la thérapeutique, ont exercé une influence si fâcheuse sur les progrès de cette branche de notre art.

Mais si, partant de données aussi sages, l'auteur fait jouer aux grands modificateurs pathologiques le rôle qui leur est dû, il ne se croit pas en droit de les multiplier outre mesure. Dès le début de ces leçons nous le voyons entrer en divergence d'idées avec M. Bazin et sa doctrine inadmissible de l'arthritisme.

Qu'il existe une série d'accidents cutanés sous la dépendance de la goutte ou du rhumatisme, nul n'oserait aujourd'hui prétendre le contraire, et les monographies de MM. Ferran, Drivon, Bergeon et Giorgi, etc., etc. l'ont surabondamment prouvé. Mais ce que l'auteur, d'accord en cela avec la plupart de ses collègues en dermatologie et en médecine, ne peut accepter non plus, c'est cette scission d'un certain nombre d'accidents d'origine goutteuse ou herpétique, uniquement basée sur des différences de peu d'importance ou des données étiologiques aussi vagues qu'insuffisantes.

Ce n'est plus l'arthritisme des anciens, tel qu'on le concevait avant Baillou ; et ce n'est pas non plus une grande classe morbide méconnue jusqu'ici.

L'influence capitale des diathèses une fois établie, l'importance des formes anatomiques n'en demeure pas moins absolue, et c'est ici que le spécialiste se révèle.

Il est impossible d'égaler comme clarté les descriptions qu'il nous présente, ce qui rend son livre d'autant plus précieux pour les élèves, que jusqu'ici les classiques dans

ce genre n'avaient pas été composés pour eux seuls, et qu'il fallait déjà quelques connaissances en clinique pour les pouvoir aborder.

C'est du moins l'impression que j'ai éprouvée pendant mes études. Moins absolu que M. Hardy, M. Guibout veut qu'on maintienne l'autonomie de l'impétigo vis-à-vis de l'eczéma comme celle du rupia vis-à-vis de l'ecthyma. Ses doctrines médicales ne l'ont point empêché de reconnaître les nombreuses variétés d'origine de ces différents types, et ce qu'il nous dit à l'article traitement est la conséquence naturelle des données dont il s'est servi pour établir le pronostic et régler l'étiologie. Je ne sache pas que le traitement local ait jamais été décrit avec autant de soin, ce qui est un mérite immense, car, nulle part ailleurs on n'a affaire à un ennemi plus tenace et plus opiniâtre. Ainsi conçu, le plan de ce livre comprend dans une première partie les herpétides, qui englobent bien entendu les arthritides, comme c'est du reste justice.

A chaque article, l'auteur énumère pourtant les causes qui en dehors de la diathèse ont pu donner naissance à l'éruption. C'est bien la partie la plus classique, sinon la moins intéressante de tout l'ouvrage. Nous savons gré à l'auteur de n'avoir pas absorbé dans ses classifications les fièvres éruptives et les éruptions consécutives aux maladies générales aiguës et de nature infectieuse. Ce sont là, suivant nous, des accidents qui, bien que siégeant sur les téguments, ne doivent pas rentrer dans la dermatologie proprement dite, et telle qu'elle doit être comprise. C'est une frontière tenue à tort pour indécise et que la médecine proprement dite devrait mieux savoir garder. Tout le monde sait dans quelles exagérations est tombé le savant Hebra, pour avoir voulu rattacher trop étroitement ces espèces morbides au cadre des maladies cutanées.

Le premier chapitre de la seconde partie du livre est

consacré à l'étude des caractères communs et différentiels des maladies de la peau, autrement dit à la pathologie générale des dermatoses.

Puis viennent des sujets appartenant à la pathologie spéciale et dont l'importance pratique nécessite d'assez amples développements.

La dermatologie de la région génitale chez la femme tient la première place dans cette série de descriptions cliniques. Ce chapitre intéresse autant le gynécologiste que le spécialiste : car dans aucune autre région le praticien n'est exposé à commettre autant d'erreurs que dans celle-là. Nous signalerons encore au lecteur le chapitre qui traite de l'influence des maladies de la peau sur la santé générale et la réciproque qui apprécie l'influence de la santé générale sur les dermatoses. C'est ici le lieu où l'on peut constater les immenses progrès que l'étude des diathèses a fait faire à cette branche importante de la science.

La leçon suivante, sur la pathologie comparative des membranes muqueuses et de la peau vient confirmer encore l'influence signalée dans la précédente.

Enfin l'auteur touche en passant à l'importante question des tumeurs bénignes de la peau. Il ne s'occupe du reste que des fibromes (diathèse fibromique), c'est-à-dire de celles qui occupent le degré le plus inférieur dans l'ordre des néoplasies, de celles qui peuvent être à la rigueur mises en cause dans un diagnostic de maladie de la peau.

Le livre se termine par deux chapitres qui résument les indications éparses dans le corps de l'ouvrage, et relatives soit au traitement local, soit au traitement général des dermatoses.

Dr Humbert MOLLIÈRE,
médecin des hôpitaux de Lyon.

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MANIFESTATIONS DU RHUMATISME SUR L'URÈTHRE ET LA VESSIE, par le Dr Jean GUILLAND, médecin aux eaux d'Aix-les-Bains. Delahaye, 1876.

L'étude des rapports qui unissent le rhumatisme et la blennorrhagie, souvent mise sur le tapis depuis quelques années, a suscité déjà bien des controverses. « Personne « ne doit se flatter encore de pouvoir parler ferme sur cette « belle question, disait en 1866 M. Pidoux, et je suis venu « balbutier à mon tour. Aussi me garderai-je bien de for- « muler des conclusions : il n'y en a pas aujourd'hui de « possibles. »

En voyant notre jeune confrère aborder un sujet aussi épineux, nous avons tout d'abord été quelque peu étonné de son audace ; mais, lecture faite de ce mémoire, nous sommes heureux d'avoir à le féliciter du bonheur avec lequel il a su le traiter.

Cet important travail est divisé en deux parties consacrées, la première à la blennorrhagie, la seconde à la cystite dans leurs rapports avec le rhumatisme.

Dans son premier chapitre, M. Guilland établit l'influence du rhumatisme sur l'uréthrite préexistante. Chez le rhumatisant, en effet, la blennorrhagie a souvent une durée insolite, sans cause organique appréciable : on voit les écoulements dégénérer en une blennorrhée interminable. Outre cette action *prolongatrice*, on a noté une sensibilité plus grande au froid humide qui amène une recrudescence dans les symptômes. Ces faits sont d'observation journalière. Dans ces cas, l'affection ne diffère pas de bon

nombre d'autres manifestations franchement rhumatismales. Autre point sur lequel il a déjà été insisté : On est frappé de la facilité avec laquelle, pour la cause la plus banale, les rhumatisants sont atteints d'écoulement. Les chaudepisses *dites à répétition* semblent être leur apanage. Chez eux, en effet, le nombre des récidives est d'une étonnante fréquence. Un excès de coït, de boisson, etc., qui chez d'autres ne produit rien, fait naître une chaudepisse.

Dans le second chapitre, riche d'observations, il est question de l'influence du rhumatisme sur la production de l'uréthrite. Sous la seule influence de la diathèse rhumatismale, soit aiguë, soit chronique, on peut voir se produire des écoulements ; telle est la proposition vraiment nouvelle développée par M. Guilland. On nous saura gré de reproduire ici les conclusions tirées des observations qu'il a rassemblées.

« L'étude de ces faits ne nous montre-t-elle pas, écrit-il, un rapport intime de cause à effet entre le rhumatisme et ces écoulements : fluxion articulaire et fluxion uréthrale ne sont-elles pas la manifestation d'un même processus? On ne peut invoquer ici une simple coïncidence : dans les observations II et IV, les malades n'avaient *jamais vu de femme;* jamais ils n'avaient eu de symptômes inflammatoires du côté des voies urinaires; dans les autres, la période écoulée entre le dernier coït et l'apparition de l'uréthrite nous fait rejeter l'idée d'une aussi longue incubation. Mais tous ces malades sont rhumatisants ; une arthropathie survient, bientôt suivie d'un écoulement, écoulement qui se reproduit dans le cas de M. Martineau, à chaque retour du rhumatisme : le malade prévient lui-même son médecin de l'imminence de l'uréthrite. C'est en vain que les esprits les plus prévenus essayeraient d'assigner à ces uréthrites une autre étiologie que la diathèse rhumatismale.

La succession naturelle de ces phénomènes, auxquels on ne peut assigner de cause étrangère, la considération de leur coïncidence, de leur alternance avec la mâladie articulaire, font reconnaître leur nature.

« Le rhumatisme n'est point une maladie liée à la lésion d'un seul et même tissu. Tout en reconnaissant qu'il a certains siéges de prédilection, Stall, Barthez, Trousseau, Pidoux, etc., admettent qu'il peut frapper tous les tissus, tous les organes. Il suffit, en effet, de considérer la variété de ses manifestations, pour reconnaître que le processus dont il dépend est susceptible de se localiser, soit sur les séreuses, soit sur les muscles, soit sur les nerfs, soit enfin sur les muqueuses. On a admis des coryzas, des angines, de nature rhumatismale; pourquoi refuser à la muqueuse de l'urèthre une même susceptibilité ?

« Qu'elle se borne à l'hypérhémie, ou que, par la persistance de cet état, elle aboutisse à la phlegmasie véritable, la congestion paraît se retrouver au début de toute manifestation rhumatismale. Le processus se localise-t-il sur l'urèthre, on aura : ou bien une légère fluxion avec un suintement séro-muqueux, *uréthrorrhée ;* ou bien, à un degré plus aigu, une véritable uréthrite purulente. »

Date d'apparition, aspect et abondance de l'écoulement, état général qui l'accompagne, contagiosité, durée et traitement : tels sont les points discutés dans la suite du chapitre.

Vient ensuite la cystite rhumatismale, c'est là encore un point fort peu étudié. L'existence de cette manifestation avait frappé les cliniciens, et malgré les quelques citations que M. le docteur Guilland a pu relever dans les auteurs, nous n'hésitons pas à dire que ce chapitre lui appartient en entier. Aussi les conclusions sont-elles empreintes d'une réserve que nous ne saurions qu'approuver, étant donné l'état actuel de la science.

Les phénomènes qui caractérisent cet état sont tantôt des symptômes de cystite propre, tantôt des phénomènes que l'auteur rattache au spasme du col de la vessie. Ces deux modes d'affections mériteraient peut-être un autre nom que celui de cystite ; ce n'est que pour se conformer à l'usage que M. Guilland leur conserve cette dénomination.

L'alternance de ces phénomènes avec les manifestations plus communes du rhumatisme montre bien que ces états sont unis entre eux et dépendent d'une même cause agissant à la fois et sur les muqueuses et sur les muscles. Les phénomènes irritatifs, quelle que soit leur nature, se passent presque toujours vers le col de la vessie ; l'absence dans les urines de mucosité, de pus, alors que la miction est pénible et fréquente, les douleurs vives pendant le passage des urines, les épreintes qui se produisent à la fin de l'acte, portant la douleur à son paroxysme, sont des caractères indiscutables de cystite du col. Dans les cas de rétention complète, la localisation est plus facile encore. Les signes généraux sont expliqués par la fluxion articulaire concomitante.

C'est donc bien là une cystite du col vésical, que son début et sa disparition brusque, son peu de durée, l'absence des causes ordinaires de la cystite (blennorrhagie, calcul, traumatisme) permettent de ranger sous la dépendance du rhumatisme.

Plus obscure encore est la cystite liée à la forme vague du rhumatisme que caractérisent des douleurs articulaires et musculaires. Les désordres du col de la vessie ne sont pourtant point rares en pareille circonstance. Si l'attention ne semble pas s'être fixée spécialement sur ce point, cela est dû sans doute au peu de gravité des phénomènes dans ce cas. Il est probable qu'en ceci, comme en bien d'autres questions secondaires, c'est surtout l'auto-analyse des malades qui fait défaut. La cystite du col a droit

cependant à une place nette et précise dans le cadre des symptômes du rhumatisme musculaire chronique, car il suffit de faire appel à l'attention et aux souvenirs des malades pour qu'il leur vienne en la mémoire tout un ensemble de réminiscences sur ce sujet. Un grand nombre de rhumatisants, ceux surtout que leurs travaux sédentaires disposent aux affections vésicales, accusent, si on les interroge, des symptômes de cystite du col. Mais, encore une fois, la plupart des malades signalent à peine une fréquence d'uriner qui ne leur semble pas liée à leur rhumatisme ; ceux-là seulement s'en plaignent à qui la nature de leur profession rend cette fréquence momentanée vraiment fâcheuse; ou bien encore ceux qui craignent d'avoir une maladie de la vessie distincte de leur rhumatisme. Il y a plutôt là susceptibilité qu'inflammation de l'organe, et la dénomination qui conviendrait le mieux, croyons-nous, est celle de *col irritable* analogue à cet état spécial que l'on a décrit sous ce nom dans divers organes.

Signalons, en terminant, l'intéressant faisceau des faits pathologiques sur lesquels sont appuyées ces dernières considérations. Leur valeur est incontestable, puisque leurs auteurs sont médecins et se sont observés eux-mêmes. Suffiront-ils à entraîner la conviction? Plus d'un lecteur peut-être sera porté à mettre en doute l'interprétation donnée ici par M. Guilland, mais il n'en est aucun, croyons-nous, qui conteste à ce travail original et consciencieux le mérite d'appeler l'attention sur des faits jusqu'ici laissés dans l'ombre.

D[r] Eusebe.

III

CATALOGUE OF THE MODELS OF DISEASES OF THE SKIN IN THE MUSEUM OF GUY'S HOSPITAL, by C. Hilton FAGGE, M. D. (London, chez J. et A. Churchill, 1876, 1 vol. in-8° de 289 p.)

Le musée de Guy' s hospital contient un nombre considérable de modèles de maladies de la peau, et la collection s'augmente encore chaque jour au point qu'il était devenu nécessaire de refondre l'ancien catalogue, dressé il y a 18 ans, par le Dr Habershon. M. le Dr Hilton Fagge s'est chargé de cette tâche, et l'on peut dire qu'il l'a remplie avec un véritable succès, en y consacrant l'exactitude d'un bibliothécaire et la sagacité d'un spécialiste. En effet, ce livre que nous venons de parcourir est beaucoup plus qu'un simple catalogue, on y trouve des indications très-précises sur les maladies de la peau. Muni de cet ouvrage, l'étudiant, le médecin peuvent se rendre compte de toutes les variétés de dermatoses qu'ils ont sous les yeux et apprécier les nuances si délicates et si multiples que présentent fréquemment les affections de la peau dans leurs manifestations locales. Une description abrégée, mais suffisante, indique les traits principaux de chaque modèle, de manière à ce qu'un élève désireux de s'instruire puisse facilement reconnaître quels sont les caractères particuliers de chaque cas. Ces modèles sont aujourd'hui au nombre de 437, et choisis de manière à reproduire la plupart des dermatoses. Un exemple donnera une idée du soin qui a présidé à ce classement. Sous le titre de *factitious eruptions,* éruptions artificielles, se groupent 15 à 16 modèles sur lesquels on peut étudier les lésions cutanées qui surviennent suivant la nature de l'agent qui les a produites. Le musée de Guy' s hospital est surtout riche en dessins d'eczéma, de psoriasis, de lèpres, de vitili-

goïdea, de kéloïde, etc. En résumé, nous ne saurions trop féliciter notre savant et laborieux confrère de l'œuvre qu'il vient d'exécuter. Grâce à lui, les richesses que renferme ce vaste musée cesseront désormais d'être un fond stérile : médecins, étudiants, visiteurs étrangers, avec un pareil guide, sont maintenant à même de voir, de comparer, d'approfondir, de remplir, en un mot, toutes les conditions qui font les dermatologues compétents et les bons praticiens.

L'étude de ce catalogue nous a fait encore plus vivement regretter l'absence d'un ouvrage analogue pour le musée dermatologique de l'hôpital Saint-Louis. Il y a là une lacune à combler. Les pièces contenues dans les vitrines du musée de Saint-Louis sont aussi nombreuses qu'intéressantes; de plus, elles sont admirablement exécutées et pourraient être consultées avec fruit par tous ceux qui fréquentent cet hôpital. Mais il n'existe aucun livret, aucune donnée pouvant indiquer en quelques mots au visiteur les caractères particuliers des lésions qu'il a sous les yeux. De plus, la salle étroite et mal éclairée dans laquelle sont placés les dessins et les moulages qui composent ce musée est aujourd'hui complétement insuffisante. La prochaine exposition, pendant laquelle aura très-probablement lieu un congrès médical, est une occasion favorable pour réclamer une meilleure installation de tant de richesses accumulées. Le moment est venu d'aménager une salle spacieuse, bien éclairée, avec des vitrines où seraient disposées, dans un ordre méthodique, toutes les pièces recueillies avec tant de sollicitude par les chefs de service de cet hôpital. Dans ces conditions nouvelles, et avec un catalogue précis et raisonné, le musée attirerait, sans nul doute, une notable affluence d'étudiants et de médecins français et étrangers, et formerait le plus utile complément aux travaux et aux recherches qui, depuis si longtemps, ont fait la réputation de l'école dermatologique française. A. D.

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

Il nous reste à dire quelques mots d'une série de leçons faites à « University College » sur le fonds de Hunter, par M. H. Lee, qui a pris, pour sujet de ses conférences, la *Syphilis*. Après l'éloge obligé à la mémoire du grand syphiligraphe anglais, l'auteur y étudie successivement les divers modes d'introduction du virus, les différents signes par lesquels il manifeste sa présenee, et toutes les médieations sueeessivement conseillées. Il termine par quelques lignes où il nous indique quelle est sa pratique personnelle à ce point de vue. (*The Lancet*, June, 5, 12, July, 24, 31, Aug. 14, 21, 1875.)

Nous suivrons dans le eompte rendu des thèses le même ordre que préeédemment, dermatologie, puis syphiligraphie.

Le premier travail qui nous tombe sous la main est une sérieuse monographie, *Étude théorique et pratique sur l'eczéma*, par M. le Dr Mohammed Radouan. Inspirée par M. le professeur Hardy, dont M. Radouan s'honore à juste titre d'avoir été l'élève, cette thèse est bien le travail le plus étendu, le plus conseiencieux et le plus complet sur la matière, que l'on ait écrit jusqu'iei. Toutes les questions théoriques et cliniques qui ont été agitées sur l'eezéma y ont trouvé plaee, et certaines d'entre elles sont en partie élueidées. La partie historique y a surtout reçu des développements nouveaux, et notre confrère a puisé, dans sa eonnaissanee même de la langue arabe, l'oeeasion de nous donner des aperçus eneore peu familiers ehez nous. Nous n'insisterons pas plus ; aussi bien est-il impossible de donner une analyse de ce volumineux travail ; nous préférons

y renvoyer le lecteur désireux de s'instruire. (*Thèse de Paris*, 1875.)

M. le Dr E. Laget, dans son *Étude sur le purpura simplex à forme exanthématique*, nous remet sous les yeux ce que Willan a décrit autrefois sous le nom de *purpura urticans*, c'est-à-dire l'apparition de plaques purpuriques aux lieu et place de plaques ortiées. On n'observe guère que la forme papuleuse, qui pourrait faire penser au lichen pilaris. L'auteur rattache cette affection au purpura simplex et non au purpura hemorrhagica, en raison de la bénignité des symptômes. D'après lui, ce serait surtout une éruption printanière, qu'on rencontrerait principalement chez les femmes et les enfants, et pour laquelle le repos au lit, les acides minéraux et un régime tonique seraient une médication très-suffisante. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Dans un travail consciencieux, *Etude sur la dermatite exfoliatrice généralisée*, M. le Dr Percheron nous expose en fort bons termes qu'il veut appeler l'attention sur des faits peu connus, et indiquer au lecteur ce qu'il a observé pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis. Voici quelles sont ses principales conclusions : « L'exfoliation épider-
« mique se montre comme élément important dans beau-
« coup d'affections cutanées ; mais il est assez rare, en
« dehors des cas de scarlatine qui n'ont rien à faire ici, de
« la voir se produire à la fois sur toute la surface du corps,
« et par lambeaux considérables. — La généralisation ab-
« solue de l'exfoliation, jointe aux dimensions énormes des
« lamelles exfoliées, suffit à caractériser une affection spé-
« ciale que nous appelons dermatite exfoliatrice, pour
« donner une idée de son caractère principal et pour la
« distinguer nettement des affections squameuses, le
« psoriasis et le pityriasis. Il y a donc utilité à décrire à
« part cette affection..... — Nous admettons deux espèces

« de dermatite exfoliatrice. La première, qui mérite plus « particulièrement ce nom, se caractérise en effet par « une exfoliation très-abondante et persistante, avec un « renouvellement rapide de l'épiderme, et elle comprend « plusieurs variétés, selon que l'affection cutanée s'accom- « pagne ou non de phénomènes généraux graves, et aussi « selon qu'elle s'est produite primitivement et persiste « avec le même caractère pendant toute la durée de l'érup- « tion, ou bien dans le cours d'une autre affection dont elle « ne serait en quelque sorte qu'une modification, et qui « peut reparaître après la guérison de la poussée exfolia- « trice. Dans la deuxième, l'exfoliation est bien moins im- « portante et peut être considérée comme la terminaison « d'une affection érythémateuse. Quant à la nature de « l'affection, il serait certainement prématuré de se pro- « noncer sur cette question, avec le peu de faits dont nous « disposons. » (*Thèse de Paris*, 1875.)

Une thèse de M. le Dr Georges Mailhetard, intitulée *Contribution à l'étude de la gale*, contient un historique court, mais précis de la question, une étude critique sur les signes de cette affection parasitaire et les éruptions qui pourraient la signaler ou la faire méconnaître, enfin les moyens à employer pour s'en rendre maître. L'auteur croit pouvoir légitimement conclure que la gale, maladie connue dès la plus haute antiquité, est une affection de nature essentiellement parasitaire, reconnaissant pour cause unique la contagion, présentant un signe pathognomonique, le sillon, et des symptômes accessoires qui rendent quelquefois le diagnostic difficile, symptômes consistant en des éruptions diverses du côté de la peau; qu'enfin cette affection est loin d'être grave, puisqu'elle se termine toujours en peu de temps par la guérison, et que le soufre est encore le meilleur remède à lui opposer. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Après avoir divisé les angines scrofuleuses en trois classes : l'angine superficielle chronique, l'angine ulcéreuse et le lupus de la gorge, M. le Dr Justin Lemaître ne s'occupe que de la première. Il commence par noter, comme caractères communs aux trois espèces, le siége, à la partie supérieure et postérieure du pharynx, et au voile du palais; leur tendance à se propager en haut et en avant, et point en bas et en arrière, l'absence de la douleur, et la possibilité de la transformation d'une forme dans l'autre, qu'il discute sans l'admettre. — Ce travail *sur l'angine superficielle scrofuleuse chronique* nous indique l'affection comme apparaissant dans la première période de la vie; elle débute par le pharynx et non par les fosses nasales, se traduit par un sentiment de sécheresse et de chatouillement au pharynx; parfois il y a de la névralgie ou de la céphalalgie; pas de toux, mais des efforts d'expulsion pour chasser des morceaux de mucus caractéristiques. — En examinant la gorge, on ne trouve de lésions, ni sur les piliers, ni sur les amygdales; mais la face postérieure du pharynx est revêtue de petites croûtes minces, sèches, brunes, recroquevillées, qui ne laissent au-dessous d'elles ni ulcérations, ni exulcérations. En avant, ces lésions s'arrêtent à l'endroit où, à l'état de repos, le voile du palais vient s'appliquer sur le pharynx, ainsi qu'on peut s'en assurer par la rhinoscopie. — Signalons comme complication le coryza, qui n'est jamais ulcéreux; les lésions ne se propagent ni à l'appareil auditif, ni au larynx. Souvent les malades ne se plaignent que du coryza; aussi est-il bon, dans tous les cas de coryza chronique, d'examiner la partie supérieure du larynx. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Dans une thèse très-remarquable, ainsi qu'ont pu s'en assurer les lecteurs par les extraits publiés dans les *Annales*, notre collègue et ami le docteur Georges Homolle, a

poussé plus loin l'étude des manifestations scrofuleuses pharyngées. Sous le nom de *Scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne,* l'auteur montre d'abord que ces lésions existent réellement, puis il les étudie successivement, coïncidant avec le lupus de la face, puis en dehors de celui-ci. C'est là que le diagnostic devient très-délicat, et qu'il importe de bien différencier les lésions scrofuleuses des lésions syphilitiques ; car c'est précisément chez des enfants strumeux que l'on rencontre les traits divers qui, suivant Hutchinson, caractériseraient la syphilis héréditaire à manifestations tardives. Malgré le soin et le talent manifeste consacré par M. Homolle à cette partie de son sujet, et malgré le nombre relativement considérable d'observations inédites citées par lui (21 cas), l'auteur ne nous semble pas être arrivé à formuler, d'une façon absolue, les éléments qui pourraient, dans un cas donné, fournir une véritable certitude. Il ne faudrait pas, paraît-il, accorder au traitement une trop grande valeur diagnostique, l'iodure pouvant guérir certaines scrofulides graves. (*Thèse de Paris*, 1875.)

M. Voisin a pris pour sujet de sa thèse *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques*. Dans une introduction, il nous montre la syphilis articulaire admise depuis la plus haute antiquité de son histoire, puis moins unanimement reconnue, puis discutée, et enfin niée, même de nos jours par M. Ricord lui-même. Les arthropathies syphilitiques n'ont reçu une nouvelle impulsion que depuis les travaux de M. Richet (syphilis tertiaire), et de MM. Lancereaux et Fournier (syphilis secondaire). — Trois chapitres : 1° pendant la période primaire de la vérole, arthralgies pures, plus ou moins rapprochées du coït infectant, dans un cas sur quinze, à marche et à durée très-variables, surtout en rapport avec le traitement, qui doit être mercu-

riel ; 2° à la seconde période de la syphilis, nous trouvons encore des arthralgies, même traitement ; puis des arthrites subaiguës, variant aussi suivant le traitement employé, mercuriel au début de la seconde période, mixte plus tard ; enfin des arthrites avec épanchement, ou hydarthroses, à pronostic assez favorable, et à réaction fébrile peu accusée : protoiodure ou biiodure suivant l'époque; 3° à la troisième période, arthropathies essentiellement chroniques, tumeurs blanches, semblables en tout aux tumeurs blanches classiques, et qui ne réclament que le traitement par l'iodure de potassium à haute dose. (*Thèse de Paris*, 1875.)

La thèse de M. Ory, *Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces* repose sur une série d'observations recueillies par l'auteur pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis, ou puisées par lui dans les riches collections de cet hôpital. L'étude approfondie et consciencieuse à laquelle s'est livré notre collègue et ami lui a permis d'arriver aux conclusions suivantes : « Les syphi-
« lides malignes précoces..... se sont déclarées toujours
« chez des gens dont l'organisme était débilité. Le lym-
« phatisme, la scrofule, l'allaitement, la grossesse, et bien
« souvent l'alcoolisme, la débauche, les chagrins, l'âge
« avancé, la maladie, la misère, au moment de la contami-
« nation ou peu de temps après, sont les causes les plus
« fréquentes de la précocité des accidents de la peau chez
« les syphilitiques, et cela quelle que soit l'origine du vi-
« rus et quel qu'ait été le mode de contamination. — Les
« mêmes causes survenant dans le cours de la syphilis en
« aggravent le pronostic, et font apparaître les manifesta-
« tions ulcéreuses. — De là, la nécessité de se préoccuper
« beaucoup de l'hygiène des malades atteints de syphilis,
« et les quelques succès incontestables du traitement to-
« nique à l'exclusion de toute médication spécifique. » —

L'auteur ajoute qu'il reconnaît la nécessité absolue d'adjoindre au traitement tonique l'usage des mercuriaux; néanmoins, dans certains cas, où le mercure n'est pas toléré d'emblée par l'estomac, on aura d'abord recours à la médication réparatrice. — Du reste, la syphilis maligne précoce est justifiable du traitement mixte bien plus que du traitement mercuriel, et le sirop de Gibert, à la dose de une cuillerée matin et soir, fait véritablement des merveilles en quelques semaines, parfois en quelques jours. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Dans un travail intitulé : *Recherches sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, M. le docteur Louis Hullien, ancien interne des hôpitaux de Lyon, présentement professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, se base sur une statistique de 237 cas recueillis dans les auteurs, pour établir que les lésions tertiaires du testicule et du système nerveux sont l'apanage presque exclusif des véroles mercurialisées d'emblée ou à l'époque d'apparition des accidents secondaires. Il ajoute, comme conclusion générale : « Si « nous avions à ranger d'une façon générale les véroles « par ordre de bénignité, nous adopterions l'ordre sui- « vant : 1° syphilis naturelles; 2° syphilis mercurialisées « d'emblée; 3° syphilis mercurialisées secondairement. » — Nous espérons qu'un esprit aussi distingué et aussi consciencieux que M. L. Jullien a déjà modifié sa manière de voir, au moins en ce qui concerne la bénignité des véroles laissées sans traitement, dites véroles naturelles; sinon, nous nous permettrons de lui conseiller quelques visites cliniques aux hôpitaux Saint-Louis, du Midi ou de Lourcine. Nous venons de montrer plus haut que la syphilis précoce tertiaire n'est pas un mythe, et nous serions bien étonné qu'elle fût moins connue à Lyon qu'à Paris. En présence des faits, les statistiques comptent peu, et les

chiffres n'ont qu'une éloquence brutale. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Dr EDOUARD LABARRAQUE.

SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE CHEZ LES ENFANTS NÉS D'UNE MÈRE SAINE, par le docteur GASPARY, de Kœnisgberg.

Une mère saine peut-elle donner naissance à un enfant syphilitique ? Telle est la question posée par l'auteur. Pour quelques-uns, le sperme peut infecter directement l'ovule. A cela d'autres répondent que postérieurement à la naissance de l'enfant, il n'est pas rare de voir la mère, restée jusque-là exempte d'accident primitif, présenter des symptômes secondaires et même tertiaires.

L'auteur rapporte le cas d'une dame qui resta saine jusqu'au quatrième accouchement et devint ensuite syphilitique. Il considère ce fait comme très-probant en faveur de la syphilis héréditaire.

Si l'on admet que la mère qui procrée des enfants syphylitiques soit saine, comment alors expliquer qu'en la soumettant à un traitement spécifique, on fasse cesser les avortements et que l'on prévienne la syphilis chez les enfants ultérieurs ?

On pourrait supposer que le mercure a combattu le germe syphilitique paternel en agissant sur l'ovule ; mais on observe des cas dans lesquels le mari infectant étant mort, la femme se marie avec un homme sain, et n'en continue pas moins à engendrer des enfants syphilitiques.

Les faits rapportés par Colles, Diday, Hutchinson, Kobner, Baünber, Gerhardt et bien d'autres, d'après lesquels il est absolument démontré que jamais un enfant héréditairement syphilitique n'a contagionné sa mère, tandis qu'il

contagionne presque sûrement sa nourrice, doivent être pris en grande considération.

L'auteur critique les opinions de Gamberini, qui dit avoir vu des mères infectées par leurs enfants nés syphilitiques; il croit que dans ces cas la syphilis était latente. Il ajoute que l'innocuité de la mère est un caractère négatif en face de tant de faits positifs de mères infectées durant la grossesse.

La manière de voir du professeur Gamberini a pour base principale et pour fondement physiologique les travaux d'Ercolani sur les rapports circulatoires entre la mère et le fœtus, mais les opinions de ce dernier sont loin d'avoir reçu une sanction suffisante.

Baerensprung, qui est sur ce point du même avis que Gamberini, prétend que la semence paternelle infecte l'ovule lorsqu'il fructifie, en épargnant la mère.

Le docteur Gaspary rappelle encore l'opinion de Frankel, qui croit que lorsque le virus paternel opère sur l'ovule, il se développe une syphilide placentaire, à la suite de laquelle l'infection maternelle se produit par endo-métrite.

Enfin il conclut que la femme, mère d'un enfant syphilitique, même exempte de symptômes diathésiques, ne peut en aucun cas être regardée comme saine.

(*Vierteljareschrift für Dermat. und Syphilis.* Wien, 1875, 4te Heft.)

MUSÉE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS, par M. Alph. Devergie, membre et ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire de cet hôpital.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis de 1840 à 1865, je dus quitter l'hôpital à la fin de cette dernière année, alors que

j'étais arrivé à la limite d'âge fixée par l'administration pour l'exercice des médecins dans les hôpitaux.

Dans les premiers mois de l'année 1866, j'offris à l'administration, dont M. Husson était alors directeur, de faire don à l'hôpital Saint-Louis d'une collection d'aquarelles que j'avais fait faire et qui représentait les formes primitives et les principales formes secondaires des maladies de la peau. Ces aquarelles, de grandeur naturelle, étaient au nombre de 54. J'y joignis trente et quelques planches du grand ouvrage de M. Hébra. Ce dermatologiste éminent avait bien voulu me faire comprendre, par son gouvernement, au nombre des personnes auxquelles un exemplaire devait être envoyé gratuitement. Je fis mettre sous verre mes dessins et ces planches.

Je posais dans ma lettre pour conditions : qu'un local spécial serait affecté à cette exposition et que des vitrines seraient faites pour contenir les dessins.

J'ai cherché à obtenir copie de ma lettre au directeur de l'administration des hôpitaux, mais l'original a été brûlé en 1871, avec tous les dossiers du secrétariat général de l'assistance publique.

Plus heureux dans mes investigations à l'hôpital Saint-Louis, j'ai pu prendre copie de la lettre que j'adressais le 30 avril 1866, à M. Vincent, directeur d'alors. Je livre cette copie à la publicité, parce qu'elle établit l'origine du musée.

« Monsieur le Directeur,

« J'ai fait une ouverture à M. Husson, relativement à mon
« projet de musée à l'hôpital Saint-Louis.

« Il m'a répondu qu'aussitôt qu'il aurait un moment il se
« rendrait à l'hôpital pour y faire choix d'un emplacement.

« Je persiste à croire que le grand amphithéâtre est le
« seul local convenable. Le musée deviendrait ainsi un utile
« enseignement pour les élèves du dedans et du dehors.

« Les dessins et les bosses seraient enfermés dans des « armoires grillées. Il suffirait qu'elles eussent 20 à 25 c. « de profondeur. On pourrait, sans inconvénient, suppri- « mer la fenêtre du milieu qui donne sur le jardin.

« Veuillez étudier les localités d'ici à l'arrivée de M. Hus- « son. Agréez, etc... »

M. Husson crut devoir choisir de préférence une galerie fort modeste d'ailleurs, qui servait autrefois de passage entre la cuisine et la pharmacie pour le service des aliments et des médicaments, et qui reliait un des grands bâtiments de l'hôpital à ces annexes.

Un poële fut établi au centre ; une table dans le voisinage et deux vitrines à double face furent confectionnées et placées au milieu de la salle. Dans la première, j'exposai méthodiquement mes dessins. La seconde resta vide. Je suspendis toutes les grandes planches de l'ouvrage de M. Hébra le long des murs.

Au-dessus de la vitrine où se trouvaient mes dessins, l'administration crut devoir faire placer une plaque portant cette inscription : « *Aquarelles offertes à l'administration en* 1866, *par M. Alph. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, de* 1840 *à* 1865. »

Telle fut l'installation du musée.

Pendant plus d'une année, les choses restèrent dans cette situation modeste. Mais M. Husson, qui savait apprécier une idée heureuse, une idée d'avenir, demanda et obtint en 1868 du conseil général de l'assistance publique une somme annuelle de 2,000 fr. pour subvenir à la dépense des modelages que pourraient faire faire les divers médecins ou chirurgiens *de tous les hôpitaux.*

Il fit plus : il fit comprendre, dans les plans et devis de la construction d'un bâtiment destiné aux bains externes, un vaste local pour le musée, qui se composera alors d'une salle d'exposition, d'une bibliothèque et d'une salle d'études.

Ces travaux n'ont pas encore été commencés, mais tout porte à croire qu'ils seront terminés en 1878 avant l'ouverture de l'exposition.

—

Le concours généreux de l'administration devint le point de départ des progrès du musée. M. Lailler, médecin de l'hôpital, qui déjà avait fait faire à ses frais des modelages, fit hommage de sa collection. M. Hardy, avec l'assistance du Dr Montmija, fit reproduire la généralité des maladies de la peau par la photographie, et cette collection reçut sa place dans le musée.

Mais alors surgit une grande difficulté : le modeleur qui avait fait les reproductions offertes par M. Lailler avait quitté la France pour se rendre en Amérique !

On ne saurait croire à toutes les démarches qui furent faites par notre collègue pour trouver un artiste capable de traduire la physionomie des maladies de la peau. A force d'investigations auprès des modeleurs en cire, il finit par découvrir un jeune homme qui, doué d'une aptitude spéciale pour la reproduction du dessin et du coloris, arriva à surpasser tout ce qu'on avait fait en ce genre. Forme, grandeur naturelle, coloris morbide le plus parfait, en un mot, reproduction aussi complète et aussi vraie que possible du malade et de la maladie : tel fut, grâce à un travail des plus assidus, le succès auquel est arrivé M. Baretta, le mouleur du musée. Je dis mouleur, car M. Baretta ne fait pas de modelages en cire coloriée. Il opère à l'aide d'un moule en plâtre dans lequel il coule une matière spéciale à une température de 200 degrés; il fait ses dessins avec des pâtes colorées de diverses nuances, de sorte que ses reproductions sont indélébiles.

Inutile d'ajouter, après ces détails, tout l'intérêt que M. Lailler a porté à l'extension du musée par les reproductions nombreuses qu'il a fait faire.

A partir de ce moment, l'essor fut donné, et tout le personnel médical et chirurgical de l'hôpital Saint-Louis : MM. Hillairet, Lailler, Guibout, Vidal, Besnier, Fournier, Pean, Duplay, s'empressa de faire représenter par le moulage toutes les maladies rares qui se présentaient dans leur service.

M. Bazin avait été aussi un des premiers à exposer sur les murs du musée une magnifique collection d'aquarelles représentant toutes les variétés des teignes, dont l'exactitude et la reproduction, faites d'ailleurs par un peintre distingué, M. Biou, sont d'une fidélité extrême.

Bientôt, en présence des moulages de M. Baretta, les médecins et chirurgiens des autres hôpitaux qui avaient droit à faire reproduire d'autres maladies, s'empressèrent d'en user, et c'est ainsi que l'allocation de la somme de 2,000 francs devint insuffisante. Aussi, M. Fermer, directeur actuel de l'hôpital Saint-Louis, a-t-il prié M. de Nervaux, directeur général, de demander un accroissement de 1,000 francs à cette somme sur le budget de l'assistance publique pour l'année 1877.

Il faut donc reconnaître que si ma pensée, appuyée sur les dessins qui m'appartenaient, a été l'origine de la création d'un musée à l'hôpital Saint-Louis, elle a dû sa réalisation et son accroissement au concours que lui ont prêté tous les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, et au concours matériel de l'administration. Qu'un homme autre que M. Husson n'eût pas compris tout l'avenir de mon heureuse inspiration née du désir d'être utile aux élèves après un enseignement de 22 années, et le musée n'existerait pas.

Aujourd'hui, dans l'espace si restreint et si rempli au point de ne plus y trouver place, on compte :

147 dessins,
46 photographies,
413 moulages.

Ensemble 606 reproductions des maladies de la peau, la plupart rares en ce sens que ce sont des affections que l'on ne rencontre pas souvent dans la pratique médicale, mais dont on retrouvera le souvenir dans le musée.

Ces pièces servent tous les jours à l'enseignement dans les leçons que font les médecins de l'hôpital.

Il y a plus, tous les médecins qui de l'étranger se rendent à Paris viennent admirer ces belles collections; les élèves du dedans et du dehors fréquentent avec empressement ce lieu d'études.

L'administration ayant autorisé M. Baretta à faire de doubles ou triples reproductions des pièces pour subvenir à l'exiguïté de la somme qui lui est allouée chaque année, les médecins étrangers achètent des pièces moulées qui forment bientôt dans leur pays des musées aux dépens du nôtre. C'est ainsi qu'en Russie, en Angleterre, au Brésil, on installe avec le luxe et le confortable que l'on consacre aux sciences dans ces pays, des musées qui laissent bien loin derrière eux *le local honteux* qui renferme les trésors de notre hôpital modèle. Que l'on aille visiter le musée créé en Angleterre par M. Erasmus Wilson, et l'on reviendra peiné de notre pauvre établissement.

Malgré sept vastes vitrines faites successivement; malgré l'accolement des dessins au mur, il n'existe plus de place. On est obligé de mettre les nouveaux moulages dans le bas des vitrines disposé en armoires et qui ne peuvent permettre de voir tous les chefs-d'œuvre qu'elles contiennent.

—

Est-ce à dire qu'il n'y a aucune amélioration à introduire dans ces collections, soit pour leur classement, soit pour les lacunes qu'elles peuvent offrir?

Au point de vue du classement, le musée laisse beaucoup à désirer. Il se ressent de la manière dont il a été formé. C'est le hasard, c'est l'accident qui a fourni les mo-

dèles, et au fur et à mesure que les reproductions ont été faites, elles ont pris les places vides, sans méthode, sans classification. C'est donc on peut le dire *un beau désordre*. Mais lorsque les nouveaux bâtiments seront construits, lorsqu'une vaste salle sera mise à la disposition des pièces, alors les médecins de l'hôpital Saint-Louis auront à cœur de régulariser la situation de chaque reproduction. Vaste travail, travail de patience, travail d'amour de la science et d'amour de l'enseignement ; car par ce classement on fera de l'enseignement pour les médecins et les élèves.

Alors aussi se posera la plus grave de toutes les questions, dont la solution la plus naturelle me paraît cependant fort simple :

Prendra-t-on un mode d'arrangement basé sur une classification scientifique ? Quelle sera celle que l'on choisira ? Sera-ce celle de Plenck, de Willan et Bateman, d'Alibert ou Bazin, comme aussi les classifications modifiées par moi ou par M. Hardy ?

A mon avis, ce serait une grande faute que celle d'exposer aux yeux du public médical toutes ces reproductions d'après l'une ou l'autre des classifications connues en France.

Aucune d'elles ne peut avoir l'assentiment général. Toutes sont susceptibles de modifications. La science progresse tous les jours, et la science apporte des changements dans les idées que l'on pouvait se faire sur la nature des maladies, sur leur groupement; des dénominations nouvelles surgissent, toutes circonstances qui doivent faire rejeter la pensée de placer toutes ces reproductions selon une classification scientifique quelconque.

A cet égard, il m'a semblé qu'il existe un arrangement possible à l'abri de tout reproche de ce genre.

Quelle est la nature du musée d'après la nature même

des pièces exposées? C'est évidemment un musée *d'anatomie pathologique* des maladies de la peau.

C'est donc d'après un ordre anatomo-pathologique qu'il faut ranger les diverses pièces du musée, c'est-à-dire d'après les éléments de la peau qui peuvent être malades.

Que si les recherches microscopiques qui sont encore à faire pour bon nombre d'entre elles, relativement au siége des maladies dans les élements du tissu cutané, viennent à démontrer qu'il y a eu une erreur commise en attribuant aux papilles, par exemple, ce qui a trait seulement au corps muqueux, etc., il suffira d'opérer un changement de place à un dessin ou à un moulage ; mais on n'aura pas à suivre toutes les *classes*, *ordres*, *divisions* de classifications doctrinales qui souvent sont tellement nombreuses, qu'il est presque impossible de les retenir.

C'est donc d'après un ordre anatomo-pathologique qu'il faudra ranger toutes ces sources d'instruction, et cet ordre aura cet avantage considérable d'apprendre pour l'étude toutes les modifications que peut subir une affection vésiculeuse, pustuleuse, tuberculeuse, etc.

A cette époque, il faudra que l'administration fasse un nouveau sacrifice. Il faudra qu'un élève interne qui aura fait pendant plusieurs années du diagnostic précis en fait de maladies de peau, soit désigné par les médecins de l'hôpital pour s'occuper de cette tâche ingrate, mais difficile, sous la surveillance d'un ou deux médecins de l'hôpital Saint-Louis. Un pareil travail ne peut être accompli sans honoraires, et, si la tâche est finalement bien remplie, il y aura lieu de nommer cet élève devenu docteur, conservateur du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Mais un autre avenir est réservé au musée. Par cela même que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ont le droit de faire faire des moulages à l'hôpital Saint-Louis, ne serait-il pas juste d'exiger que ces moulages fussent

placés dans le musée; et, en effet, que peuvent-ils devenir ailleurs? Aucun médecin ou chirurgien n'a droit de conserver par devers lui un moulage dont l'administration a fait les frais; les laisser dans l'hôpital auquel le médecin ou le chirurgien est attaché, c'est faire dans chaque hôpital une collection partielle de 4, 6, 10 moulages isolés, dont la présence à cet hôpital n'a de mérite que pour le médecin ou le chirurgien qui les a fait faire. Et comment ces pièces y seront-elles conservées? L'administration fera-t-elle pour chaque hôpital des armoires spéciales dans des locaux spéciaux? mais alors ce ne sera plus un seul musée, ce sera une série de petits musées d'une importance insignifiante.

Dans mon système, le musée de l'hôpital Saint-Louis pourrait offrir, à côté d'une spécialité, une généralisation de maladies diverses.

On dira : Mais alors que deviendra le musée Dupuytren?

Le musée Dupuytren appartient à la Faculté, qui en fait les frais. Ce musée est alimenté par les professeurs de la Faculté. Il est tout à fait indépendant des hôpitaux.

Quel inconvénient y aurait-il à ce que les hôpitaux eussent un musée spécial? Est-ce que l'administration n'a pas ses amphithéâtres de dissection pour les élèves? Est-ce qu'elle n'a pas ses cliniques médicales et chirurgicales libres à côté des cliniques officielles, ainsi que ses laboratoires d'histologie?

Comme on le voit, nous rêvons pour le musée de l'hôpital Saint-Louis un grand avenir, et, à cet égard, nous ne nous faisons pas illusion. La force même des choses conduira à ce résultat; le conseil de surveillance de l'assistance publique s'associera certainement à cette pensée qu'un de ses premiers directeurs a acceptée, et que son directeur actuel, avec sa haute intelligence des institutions

qui peuvent concourir au progrès de la science, s'empressera de faire fructifier et d'élargir de plus en plus, de manière à faire pour la France médicale un établissement qui sera envié par nos voisins.

J'éprouve maintenant le regret d'avoir à signaler la tendance fâcheuse qui a dirigé tous mes collègues de l'hôpital Saint-Louis dans le choix qu'ils ont fait des maladies destinées à être reproduites par le moulage.

Seul, jusqu'à présent, je me suis attaché à reproduire les maladies le plus communément observées, celles que le praticien est à même de voir tous les jours dans l'exercice de sa profession.

Mes collègues ne m'ont pas imité. Ils ont fait reproduire les formes les plus rares, les plus exceptionnelles, si l'on en excepte les pièces qui ont trait à la syphilis et à quelques maladies.

Ils ont trop oublié que le musée devait être une salle d'études. Ils ont certainement bien fait de reproduire des maladies rares que l'on sera heureux de voir lorsque le hasard aura mis le praticien en présence d'une affection exceptionnelle ; mais ils ont oublié l'élève et même le praticien appelé à voir journellement des affections cutanées beaucoup plus communes.

C'est donc une lacune à combler que celle de représenter les types des affections ordinaires de la peau : des exemples d'eczéma dans ses formes simples et composées, d'*impétigo*, d'herpès, de psoriasis, etc., collections essentiellement destinées à l'enseignement journalier.

Aussi je n'hésite pas à croire que mes collègues de l'hôpital transformeront en moulages ce que je n'ai pu faire reproduire qu'en dessins. La tâche n'est pas sans difficultés. Dans chaque forme morbide, quel en sera le type? Le titre de l'espèce contentera-t-il tout le monde ? C'est là l'écueil. Est-ce cependant une raison pour ne pas chercher à sur-

monter cet obstacle, dans lequel une question d'amour-propre pourrait être engagée ?

A l'œuvre, dirai-je donc à mes collègues ; mon âge et mes efforts passés m'autorisent à leur adresser cette prière. Cette lacune est déjà comprise par la plupart d'entre eux, il ne s'agit plus que d'oser.

Enfin il y a encore une dernière lacune à combler. De nombreuses formes morbides ont été reproduites ; elles sont toutes placées sans ordre et sans méthode. Les médecins de l'hôpital peuvent-ils avoir présentes à l'esprit toutes les reproductions qui ont été faites ? La réponse est évidemment négative. Dès lors, il est à craindre que les mêmes maladies ne soient reproduites 2, 4 ou 6 fois sans nécessité.

Ne serait-il pas convenable de nommer une commission de médecins qui seraient chargés de prémunir leurs collègues contre de pareilles répétitions inutiles. Les médecins de l'hôpital désigneraient eux-mêmes cette commission.

—

Je n'ai plus maintenant qu'à m'excuser de la longueur de cette note rédigée avec l'amour d'un père pour son enfant, ainsi que des conseils que je me suis permis de donner à mes collègues.

Je serais ingrat si je n'adressais pas aussi mes remerciements à l'administration de l'assistance publique, entre les mains de laquelle est placé tout l'avenir du musée, et qui a déjà fait beaucoup pour lui. Le conseil général de surveillance n'hésitera pas, je l'espère, à ordonner dans le plus court délai possible, la restauration du bâtiment des bains, où le musée doit être définitivement installé, afin qu'il occupe une place honorable lors de l'exposition de 1878.

Clichy. — Imprimerie PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (705. 8-6.)
Le Gérant : G. MASSON

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

I.

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE D'ORIGINE SYPHILITIQUE, par le Dr Alf. Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Extrait d'une leçon recueillie par F. Dreyfous, interne des hôpitaux.

(2e article.)

On nous dit : « Vous parlez d'une ataxie *syphilitique;* vous tendez à faire admettre une ataxie d'origine syphilitique. Mais à cela nous avons à opposer des considérations de divers genres. Ainsi :

1° Cette ataxie prétendue syphilitique n'a pas de *symptômes propres;*

2° Elle n'a pas davantage de *lésions propres;*

3° Alors même qu'elle s'est produite sur un sujet franchement et manifestement syphilitique, elle peut bien ne s'être produite qu'au titre d'une *coïncidence* fortuite, purement fortuite, absolument éventuelle;

4° Enfin, elle n'est influeneée en rien par les agents anti-spéeifiques.

Comment eroire d'après eela à la réalité de votre ataxie spéeifique? »

Mauvais arguments que eeux-là, messieurs; détestables arguments, oserai-je dire, et qu'il n'importe pas moins eependant de réfuter en quelques mots, eomme je vais essayer de le faire.

Première objeetion : « *L'ataxie syphilitique n'a pas*, dit-on, *de symptômes propres.* » Cela est vrai, messieurs; ou tout au moins, il n'est, quant à présent, aueun symptôme que nous puissions rattacher en propre à l'ataxie dérivant de la vérole. Mais que prouve cela? Est-ee un argument sérieux que de réeuser l'ataxie syphilitique par eette eonsidération qu'elle n'a pas de symptôme essentiel, pathognomonique, propre? Exiger des symptômes propres pour admettre la spéeifieité d'une manifestation syphilitique serait rayer du eadre de la syphilis quantité de manifestations qui y sont bien et dûment aeeeptées de par le eonsentement unanime, de par l'évidenee notoire. Est-ee que, par exemple, la paraplégie syphilitique a des symptômes propres? Rappelez-vous ee que je vous ai répété plusieurs fois à son sujet, alors que je vous en traçais l'histoire dans l'une de nos dernières réunions: « La paraplégie syphilitique, vous disais-je, n'offre rien de spécial, rien de pathognomonique eomme symptomatologie; elle ne présente pas un seul symptôme propre, ete... » Ce qui n'empêehe eependant que la paraplégie syphilitique ne soit admise, reeonnue par tout le monde. Voyez de même eneore la eirrhose syphilitique, dont je eompte bientôt vous parler en détail; a-t-elle un seul symptôme propre? Pas davantage. Néanmoins, qui songe à mettre en eause la réalité de eette eirrhose spéeifique? Et de même pour tant

d'autres accidents viscéraux dont je vous ai déjà entretenus ou dont je vous entretiendrai prochainement, et qui, sans avoir de phénomènes propres, n'en sont pas moins admis, de l'aveu commun, dans le champ de la pathologie syphilitique.

Donc, l'ataxie syphilitique peut très-bien exister sans symptômes propres. Et l'absence de symptômes propres, particuliers, pathognomoniques, n'est en rien un argument contre la possibilité de troubles ataxiques dérivant de la vérole. — En conséquence, et sans plus insister, passons sur cette première objection.

Seconde objection : « *L'ataxie prétendue syphilitique n'a pas de lésions propres.* »

Cela est encore vrai, messieurs ; tout au moins, cela est vrai quant à présent, dans l'état actuel et si borné de nos connaissances à ce sujet.

Mais, remarquez bien ceci : est-ce que la syphilis se caractérise uniquement et exclusivement par des lésions propres? Est-ce qu'elle ne se traduit pas souvent, le plus souvent même, par des lésions d'ordre commun, par des lésions histologiquement communes ? Veuillez vous reporter, par exemple, à l'anatomie pathologique des lésions cérébrales d'origine syphilitique, telle que j'ai essayé de vous la tracer au début de nos conférences de cette année. Rappelez-vous quelle part considérable, énorme, nous avons dû faire dans cette anatomie pathologique aux lésions d'ordre vulgaire, telles que hyperplasies méningées, scléroses méningées, hyperhémie cérébrale, encéphalite, ramollissement, etc. Qu'est-ce que de telles lésions ont de spécial? Et qui songerait cependant à leur contester une origine manifestement spécifique?

Dans l'espèce, d'ailleurs, l'argument en question est d'autant moins fondé, d'autant moins heureux, dirai-je,

que l'ordre de lésions qui constitue l'ataxie vulgaire est précisément celui qu'affectionne le plus la syphilis, celui auquel elle aboutit le plus souvent. L'ataxie commune, vous le savez, est une *sclérose*. Or, la sclérose, comme je vous l'ai dit tant de fois, est une modalité anatomique des plus familières à la syphilis. Un très-grand nombre de lésions syphilitiques tertiaires aboutissent à la sclérose. Pourquoi donc vouloir que, dans la moelle, la syphilis prenne une forme différente de celle qu'elle revêt fréquemment en d'autres siéges? Pourquoi vouloir qu'elle fasse dans les cordons postérieurs médullaires autre chose que ce qu'elle a coutume de faire ailleurs? On admet bien qu'elle se traduise sur tels ou tels organes par des lésions vulgaires, telles que la sclérose ; pourquoi exiger que dans la moelle elle s'accuse par des lésions propres?

La seconde objection que nous venons de discuter n'a donc pas plus de valeur que la première, et ne constitue rien moins qu'un argument sérieux contre la possibilité d'une ataxie de provenance syphilitique.

Troisième objection : « *Alors même que l'ataxie se développe sur un sujet syphilitique, elle peut bien ne se produire qu'au titre d'une coïncidence fortuite, purement éventuelle.* »

Oui, répondrai-je, l'ataxie ne pourrait, ne devrait être considérée en pareil cas qu'au titre d'une coïncidence fortuite, si la syphilis ne figurait que *par hasard* dans les antécédents de l'ataxie. Mais convenez de ceci : si le hasard seul pouvait être mis en cause, syphilis et ataxie ne devraient se rencontrer unies que dans un certain nombre de cas *peu fréquents*. Car le propre d'une coïncidence de hasard n'est pas de se produire bien fréquemment, de se répéter avec insistance ; cela, le bon sens le dit. Or, tel n'est pas le cas ici, tant s'en faut. Bien au contraire, la

syphilis prend place dans les antécédents de l'ataxie avec une fréquence que je ne puis qualifier autrement que de *considérable*. De cela voici la preuve :

Depuis bien longtemps j'avais été frappé de ce fait que la plupart des ataxiques ou tout au moins qu'un grand nombre d'entre eux sont *d'anciens syphilitiques*. Mon attention éveillée sur ce point, je me suis attaché à vérifier le fait numériquement ; et, sur 30 cas d'ataxie qu'il m'a été donné d'observer depuis quelques années, je suis arrivé à ce résultat que 24 fois la syphilis figurait dans les antécédents de mes malades. 24 fois sur 30, voyez quelle proportion !

En second lieu, étonné du résultat que me fournissait ma pratique, je me suis mis à consulter mes collègues, mes amis, les médecins avec qui j'avais l'occasion de me rencontrer. J'ai établi une sorte d'enquête sur ce point spécial, et les documents que j'ai recueillis ainsi de divers côtés sont venus confirmer pleinement ce que j'avais observé par moi-même. Je ne puis vous citer ici toutes les communications que j'ai reçues à ce sujet; mais vous me permettrez tout au moins de vous en relater deux, prises au hasard et dues à des médecins dont vous connaissez et appréciez tous la très-haute valeur scientifique :

« J'ai compulsé mes notes, dit le D[r] Féréol dans une communication écrite qu'il a bien voulu me transmettre, au sujet des antécédents de syphilis dans l'ataxie, et voici ce qu'elles m'ont fourni : sur onze ataxiques dont j'ai conservé les observations, j'en trouve cinq qui ont eu la syphilis d'une façon absolument certaine; — un qui l'a eue très-probablement, presque certainement; — un dernier qui l'a eue peut-être, mais cela est beaucoup plus douteux. Les quatre autres étaient ou paraissaient être vierges de syphilis. » Proportion : au minimum, cinq sur onze.

Écoutons maintenant M. Siredey, le savant médecin de

Lariboisière : « Rien de plus commun que la syphilis comme antécédent de l'ataxie. J'arrive à ce résultat, en dépouillant mes observations d'hôpital ou de ville, que 8 *fois sur* 10 la syphilis figure comme antécédent chez les malades ataxiques. »

Enfin, messieurs, si vous parcourez les observations consignées dans la science, vous trouverez maintes et maintes fois la syphilis signalée parmi les antécédents de l'ataxie. J'ai fait ce travail de dépouillement dans ces derniers temps; et, sans avoir épuisé les sources qu'on pourrait consulter, j'ai déjà réuni un certain nombre de cas de ce genre, nombre qui, à coup sûr, serait plus considérable encore, si l'attention des observateurs eût toujours été dirigée vers la recherche des antécédents spécifiques (1).

Quoi qu'il en soit, dès aujourd'hui, je pourrais citer, empruntées à diverses sources, 80 observations (notez ce chiffre), 80 observations d'ataxie locomotrice développée chez des sujets syphilitiques.

Que ces 80 cas soient tous relatifs à des ataxies développées sur des sujets syphilitiques par le seul fait de la syphilis, c'est là assurément ce que je ne voudrais prétendre et ce que je ne songe en rien à établir. Mais, toutes réserves faites, l'importance du seul chiffre précité n'en reste pas moins frappante. Si j'ai pu réunir un nombre tel d'observations de ce genre, c'est que de semblables observations sont *communes*, assurément. Et si elles sont communes, de là suit logiquement que la connexion de ces deux états pathologiques, syphilis et ataxie, ne saurait être un effet

(1) Dans la plupart des faits publiés, on ne trouve nulle mention de la syphilis au chapitre des antécédents, même à titre négatif. Or, comment interpréter l'omission ? Est-elle imputable à l'absence de syphilis chez le malade ou à l'absence de recherches sur ce point? Problème insoluble. Toujours est-il que la syphilis paraît avoir peu préoccupé les observateurs, puisqu'il n'en est pas parlé dans leurs relations, *même*, je le répète, *à titre négatif*.

du hasard. Car le hasard n'est plus de mise, la coïncidence pure et simple n'est plus acceptable, alors qu'un fait se produit et se reproduit *avec une insistance significative.*

S'il est démontré que la syphilis et l'ataxie se rencontrent aussi fréquemment associées, c'est de toute évidence qu'elles sont réunies l'une à l'autre par un lien quelconque. S'il est démontré que la syphilis figure aussi fréquemment dans les antécédents de l'ataxie, c'est de toute évidence qu'elle l'appelle à sa suite en vertu d'une dépendance pathogénique ; c'est qu'elle la provoque, qu'elle la détermine au titre d'une de ses manifestations propres, de la même façon que le rhumatisme appelle et détermine l'endocardite, ou que la blennorrhagie appelle et détermine le rhumatisme blennorrhagique.

En d'autres termes, si la syphilis sert aussi communément d'antécédent à l'ataxie, c'est qu'elle lui sert de *cause.* Et l'ataxie développée de la sorte, consécutivement à la syphilis, devient manifestement une ataxie de provenance syphilitique. Voilà ce que dit le simple bon sens, et il n'est pas à aller contre.

Quatrième objection : « *Le traitement anti-syphilitique ne fait rien à l'ataxie réputée syphilitique.* »

Il n'y ferait rien, il ne l'influencerait en rien, répondrai-je d'abord, que ce résultat négatif du traitement spécifique ne me toucherait que médiocrement et ne me conduirait pas à renier pour cela la possibilité d'une ataxie de provenance syphilitique. Car, qui dit ataxie, dit désorganisation de la moelle, atrophie ou début d'atrophie des cordons postérieurs ; en d'autres termes, lésions confirmées de nature irremédiable. Or, le traitement spécifique n'a pas pour effet, si actif qu'il puisse être, de guérir ce qui n'est pas curable et de réparer ce qui est détruit. Pour guérir l'ataxie, l'ataxie vraie, il faudrait refaire une portion de la

moelle, reconstituer des cordons postérieurs. Et personne que je sache, même parmi les plus fougueux partisans du mercure ou de l'iodure, n'a octroyé à ces remèdes la faculté de créer à nouveau des éléments histologiques anéantis. Ce qu'il y aurait d'étonnant en pareille matière, ce ne serait pas que le mercure et l'iodure ne fissent rien à de semblables lésions, ce serait qu'ils y fissent quelque chose.

Mais d'ailleurs, ajouterai-je en second lieu, est-il bien prouvé, bien démontré que les agents spécifiques n'exercent aucune influence sur l'ataxie syphilitique, — non pas, bien entendu, sur l'ataxie confirmée, définitive, attestant une sclérose compacte avec destruction de la moelle — mais sur l'ataxie encore jeune, naissante, en voie d'évolution ?

L'opinion commune, presque générale, il faut le dire, est que les agents antisyphilitiques ne font absolument rien à l'ataxie, même développée sur des sujets syphilitiques. Cela, je l'ai entendu répéter cent fois. Et cela est vrai, je l'avoue, pour la grande, la très-grande généralité des cas. Oui, à prendre les cas en masse, en bloc, tels qu'ils se présentent surtout dans la pratique hospitalière, oui, l'ataxie, même précédée d'antécédents syphilitiques, même imputable rationnellement à la syphilis, est restée le plus souvent rebelle aux agents anti-diathésiques, n'a éprouvé aucun bénéfice de l'administration du mercure ou de l'iodure. De cela les exemples sont nombreux, trop nombreux ; ils abondent dans la science, et j'en pourrais, pour ma part, augmenter de beaucoup le nombre.

Resterait à rechercher cependant si, dans les cas où le traitement spécifique a échoué de la sorte contre des ataxies d'origine probablement syphilitique, il a été toujours administré de façon à pouvoir être utile, c'est-à-dire à dose suffisamment énergique et suffisamment prolongée.

Restcrait à rechercher également, parmi ces nombreux cas où il est resté impuissant, quels étaient ceux où il pouvait avoir quelque chance de succès, et ceux où, par la force des choses, en raison de l'âge, de la période avancée de la maladie, il était fatalement condamné à ne plus rien produire. Mais je passe sur cet ordre de considérations, et, sans récriminer davantage contre les échecs portés au bilan du traitement spécifique, je les accepte pour avérés.

Cette concession faite, je reprends mes droits et je demande à mon tour si, pour être habituel, l'insuccès de la médication spécifique contre l'ataxie de la syphilis est absolument invariable, absolument constant. Eh bien, non — et c'est là un point sur lequel je diffère d'opinion avec la grande majorité des médecins contemporains — non, *l'ataxie d'origine syphilitique ne s'est pas toujours et invariablement montrée réfractaire à l'action des remèdes spécifiques.*

La preuve de cela ? me demanderez-vous. Cette preuve, je vais essayer de vous la fournir.

1° Parcourez d'abord les observations contenues dans la science. Vous en trouverez un certain nombre où il est fait mention d'une amélioration plus ou moins notable survenue dans l'état des symptômes, sous l'influence du mercure ou de l'iodure de potassium. Plusieurs de ces observations, je l'avoue, sont trop succinctes, trop brièvement exposées, pour établir une conviction sur un point aussi grave. Mais il en est d'autres plus probantes. Quelques exemples :

Un cas de M. Teissier (de Lyon) est relatif à un malade chez lequel une ataxie musculaire « était enrayée depuis cinq ans » grâce à l'iodure de potassium. — Le même auteur ajoute, comme commentaire, « que les ataxies qui se rattachent à la syphilis peuvent être beaucoup améliorées par l'iodure de potassium uni aux mercuriaux. »

Dans la thèse inaugurale de mon confrère et ami le docteur Ladreit de la Charrière, je trouve (page 50) l'histoire très-intéressante d'un malade qui, entré à Lariboisière, au mois d'août, avec une ataxie bien accentuée, sortit de l'hôpital en janvier « extrêmement amélioré, marchant sans hésitation, ne conservant qu'un peu de faiblesse des jambes; » et cela, grâce à un traitement consistant en ceci : iodure de potassium, hydrothérapie et bains sulfureux.

M. Dujardin-Beaumetz parle, dans sa thèse de doctorat, d'un malade ataxique, reconnu dûment ataxique par MM. Barth et Duchenne (de Boulogne). Ce malade, qui avait eu la vérole, soumis à un traitement par l'iodure de potassium, sortit de l'hôpital, dit l'observateur, « parfaitement guéri. »

MM. G. Sée et Galezowski m'ont communiqué l'histoire d'un malade qui, affecté d'une ataxie grave des membres inférieurs, avec paralysie de la troisième paire droite, fut « guéri » par trois mois de frictions mercurielles à haute dose. Ce malade « recouvra l'exercice de ses membres et la faculté coordinatrice ; ses douleurs disparurent d'une façon complète ; la paralysie oculaire se dissipa également, sauf un peu de faiblesse persistante dans les muscles droit interne et élévateur de la paupière. »

« Dans certains cas, dit M. le docteur Marius Carre, nous avons vu l'ataxie locomotrice s'arrêter et guérir sous l'influence d'un traitement spécifique. (Ouvrage cité, page 249.)

2° En ce qui me concerne personnellement, je ne crois pas me faire illusion en disant que, sur *six* malades, j'ai obtenu des effets thérapeutiques remarquables du traitement spécifique vigoureusement et longtemps administré. A savoir :

Un cas d'ataxie pris au début (au début même, remar-

quez bien cela) n'a plus donné signe de symptômes morbides depuis 4 ans.

Un cas d'ataxie à forme céphalique (paralysies oculaires avec douleurs fulgurantes des membres) est enrayé depuis 6 ans. — L'année dernière, le même malade a présenté plusieurs crises d'aphasie avec reproduction des douleurs fulgurantes; mais la médication spécifique a de nouveau imposé silence à ces manifestations (1).

Quatre autres malades affectés d'ataxie de forme commune, c'est-à-dire spinale, sont sinon guéris absolument, au moins améliorés à un très-haut degré depuis plusieurs années, améliorés à un degré compatible avec l'exercice de la marche.

Le temps ne me permet pas de vous relater ici ces quatre cas, que je compte bien d'ailleurs quelque jour livrer *in extenso* à la publicité. Mais laissez-moi tout au moins vous en citer un comme exemple, sommairement.

Un homme de 42 ans, syphilitique depuis une vingtaine d'années, se présente à moi en 1873 avec des phénomènes ataxiques des mieux accusés : titubation; incoordination des mouvements dans les membres inférieurs; marche seulement possible avec l'aide de deux cannes et ne pouvant être prolongée au delà de quelques minutes; marche et même station devenant impossibles par l'occlusion des yeux; — anesthésie des extrémités inférieures; — douleurs fulgurantes dans les membres pelviens; — perte des érections; — troubles marqués de la miction; — troubles de la vue, etc., etc. — Soumis à un traitement énergique par l'iodure et le sublimé, ce malade, six mois plus tard, se trouvait et se trouve encore aujourd'hui dans l'état sui-

(1) Ce malade est bien connu de notre cher et distingué rédacteur en chef des *Annales*, M. le Dr Doyon, qui l'a soigné deux années de suite, à Uriage, par les frictions mercurielles associées au traitement thermal.

vant : marche relativement facile et sans trace d'incoordination, assez facile pour permettre de faire chaque jour 2 kilomètres environ ; station assez bien tolérée pour que le malade puisse rester chaque jour plusieurs heures debout dans son magasin ; — douleurs fulgurantes évanouies; — miction normale ; — vue normale ; — mais érections encore difficiles et rares ; reste d'engourdissement dans la sensibilité des membres inférieurs.

Est-ce là un malade guéri ? Guéri complétement, non sans doute ; mais suffisamment guéri tout au moins pour marcher, pour travailler, pour gagner sa vie, voilà ce que je puis dire. Et ce n'est pas là, dans l'espèce, un médiocre résultat.

Je n'ignore pas, messieurs, que dans l'ataxie locomotrice il se produit parfois des rémissions, des temps d'arrêt, qui peuvent donner le change et laisser croire à l'heureuse influence de telle ou telle médication, alors qu'il s'agit seulement d'une amélioration toute spontanée, exclusivement imputable à l'évolution morbide. On court donc risque, en pareil cas, de faire honneur à la thérapeutique d'un résultat qui ne lui appartient pas et qui est un simple incident naturel de la maladie. Tel aurait-il été le cas du dernier malade dont je viens de vous entretenir, comme des cinq autres ? Je ne puis le croire, et vous ne le croirez pas plus que moi, je l'espère. Il y a eu, en effet, dans les six cas que j'ai eu l'occasion d'observer, un rapport chronologique si immédiat et si manifeste entre l'administration des agents spécifiques et l'atténuation des symptômes morbides, qu'il serait vraiment peu logique d'invoquer ici l'éternelle objection des coïncidences.— Notez aussi que l'effet obtenu a été persistant, du moins jusqu'à ce jour. — Puis enfin, ces six cas, réunis à ceux que j'ai pu emprunter à diverses sources, commencent déjà à constituer un petit groupe. Si pour tel ou tel, pris isolément, il était permis de recou-

rir à l'argument des coïncidences éventuelles, le même argument ne saurait être appliqué à tous. Le nombre fait loi en pareille matière; et, si restreinte que soit encore la somme des observations semblables que nous ayons à produire, elle me semble dès maintenant suffisante pour devoir éveiller l'attention et ébranler les plus sceptiques.

Au total donc, dirai-je, il paraît peu contestable que, dans un certain nombre de cas et dans certaines conditions données, l'ataxie syphilitique se soit heureusement trouvée de l'administration du traitement spécifique. Et de mon expérience personnelle je crois pouvoir conclure qu'il n'y a plus lieu de tenir en suspicion, comme on l'a fait jusqu'ici et comme le font encore la plupart des médecins contemporains, la possibilité d'une influence modificatrice exercée par le mercure ou l'iodure sur les symptômes de l'ataxie syphilitique.

Résumons-nous. — Des quatre objections opposées à l'ataxie syphilitique, les deux premières, comme je crois vous l'avoir démontré, sont non avenues, n'ont aucune signification de nature à faire rejeter l'existence possible d'une ataxie comme manifestation de la syphilis. Et quant aux deux dernières, nous venons de voir que, scrupuleusement examinées, elles se retournent contre nos adversaires, pour se convertir en arguments favorables à la thèse que nous soutenons. S'il est acquis, en effet (et je crois cela acquis par la discussion précédente), que, d'une part, la syphilis figure avec une fréquence des plus remarquables dans les antécédents de l'ataxie, et que, d'autre part, l'ataxie survenue chez des sujets syphilitiques soit parfois justiciable du traitement spécifique, la conclusion rigoureusement légitime à tirer de là est que certains cas d'ataxie locomotrice se relient à la syphilis par une relation de causalité, que ces cas constituent bien réellement des exemples d'*ataxie syphilitique*.

Or, c'est là que je voulais en venir; c'est à ce résultat, à cette démonstration, que tendait tout cet exposé.

Et comment, en effet, refuser à la syphilis la possibilité de produire l'ataxie locomotrice? Qu'est-ce donc que l'ataxie au total? Ce n'est que le symptôme d'une lésion; ce n'est que la traduction clinique d'une lésion médullaire siégeant en un point spécial de la moelle, les cordons postérieurs; ce n'est qu'une *expression géographique*, pour ainsi dire, de lésions médullaires, de lésions localisées en un département, en un système spécial de la moelle, les cordons postérieurs, exactement comme l'aphasie est la révélation clinique de lésions portant sur un centre cérébral. Or, comment la syphilis, venant à intéresser ce département spécial de la moelle, ne produirait-elle pas les troubles spéciaux qui en traduisent usuellement les altérations anatomiques? Cela serait aussi impossible à expliquer qu'absurde à concevoir. Et, d'autre part, pourquoi la syphilis serait-elle exclue du nombre des causes morbides pouvant exercer leur action sur les cordons postérieurs? Quoi! Elle qui se porte partout, qui ne respecte aucun système de l'organisme vivant, vous voudriez supposer qu'il lui fût interdit de toucher aux cordons postérieurs! Cela n'est pas admissible un instant, cela ne soutient pas l'examen.

Rationnellement donc, tout d'abord, la syphilis peut et doit produire l'ataxie parce qu'elle peut atteindre les cordons postérieurs. Et la clinique, en second lieu, vient confirmer ici pleinement ce résultat de l'induction théorique.

Enfin, ajouterai-je encore, il est des cas où la spécificité syphilitique de certaines ataxies emprunte un argument de plus à certaines conditions particulières et se montre avec une évidence presque parfaite.

Tels sont, par exemple, ceux où les troubles ataxiques

se manifestent coïncidemment avec d'autres accidents de nature syphilitique patente. C'est ainsi que deux de mes malades présentèrent, en même temps que les premiers phénomènes de leur ataxie, l'un une syphilide gommeuse assez intense et l'autre une exostose.

Tels sont de même les cas où l'on a trouvé simultanément, à l'autopsie, et des lésions dans les cordons postérieurs, et des lésions syphilitiques sur d'autres viscères.

Il est bien certain que, dans les cas de ce genre, l'association à l'ataxie de symptômes ou de lésions d'ordre manifestement syphilitique est une raison en plus et une raison de haute valeur pour faire admettre une connexion pathogénique entre des phénomènes morbides concomitants.

Je n'insisterai pas davantage. Ce qui précède me semble suffisant pour la démonstration du grand fait que j'ai eu en vue d'établir, à savoir la réalité d'une ataxie d'origine syphilitique, d'une ataxie se rattachant comme effet, comme symptôme, à la vérole.

Quant à l'importance de ce fait, vous l'avez comprise à l'avance, messieurs. S'il existe véritablement une ataxie syphilitique, de là ressortent des indications pratiques de la plus haute valeur. C'est là une planche de salut, une chance de guérison offerte à de malheureux malades considérés jusqu'ici comme incurables. Vous savez, en effet, quel est le pronostic de l'ataxie vulgaire. Qui dit ataxie, dit — aujourd'hui du moins, dans l'état actuel des choses, — affection au-dessus des ressources de l'art, affection essentiellement incurable, à de très-rares et très-inexplicables exceptions près. Eh bien, peut-être cette condamnation générale, absolue, n'est-elle pas aussi absolue, aussi générale qu'on le croit généralement. Peut-être, dans

de certaines conditions et dans une certaine mesure, quelques ataxiques ont-ils le droit d'en appeler de cet arrêt d'incurabilité, si, dans leur malheur, ils ont eu le bonheur d'aboutir à l'ataxie par le chemin de la vérole. Que si la vérole seule est cause de leur ataxie, il leur reste encore une chance, quelque faible qu'elle puisse être ; et cette chance, c'est le traitement spécifique qui la leur fournit.

Donc, conclusions pratiques :

1° Une ataxie étant donnée, le devoir du médecin est de rechercher avec le plus grand soin si la syphilis ne figure pas parmi les antécédents du malade ;

2° La syphilis étant constatée ou seulement soupçonnée comme antécédent de cette ataxie, l'indication formelle est de prescrire le traitement de la diathèse. Si incertains que puissent être les avantages de ce traitement, il faut en faire bénéficier le malade ; et d'ailleurs, comme l'expérience l'a prouvé plusieurs fois déjà, c'est là une ressource dont il n'est pas impossible que dérivent parfois les plus heureux résultats.

Comment doit être institué ce traitement qui, pour avoir ici quelques chances de succès, demande à être conduit avec une intensité particulière ? Cela, messieurs, je vous l'indiquerai prochainement, alors qu'ayant terminé l'étude des affections syphilitiques des centres nerveux, j'aborderai celle des indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

II.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

CONFÉRENCES CLINIQUES DE M. LE Dr LAILLER.

DE LA TEIGNE FAVEUSE.

Messieurs,

La teigne faveuse (*tinea favosa*, *porrigo lupinosa* de Willan) est une affection caractérisée, à sa période d'état, par des croûtes d'un jaune soufré, plus ou moins épaisses, déprimées en godets, sèches, pulvérulentes, tantôt simples, tantôt mêlées de croûtes purulentes et de masses squameuses. Ces croûtes sont comme enchâssées dans le derme qui est rouge et enflammé.

Elles déterminent un aspect terne, gris souris, des cheveux; ces derniers sont atrophiés et quelquefois remplis de spores. Si on les arrache, ils cèdent plus facilement à la traction. Il se dégage habituellement de ces amas de croûtes et de squames une odeur spéciale dite de souris, facilement reconnaissable.

La teigne faveuse est contagieuse, personne aujourd'hui ne songe plus à le nier; Alibert cependant penchait, je dois le dire, pour la négative. Non-seulement la teigne faveuse est contagieuse, mais de plus, elle est inoculable à l'homme et aux animaux; toutefois, pour que cette tranmission ait lieu, il faut des sujets jeunes.

Le début de la teigne faveuse est insidieux, difficile à

observer. On a, en effet, rarement occasion de la voir débuter chez l'homme, les malades ne venant vous consulter que lorsque la lésion existe déjà depuis un certain temps. Mais en l'inoculant, il est facile de suivre les différentes phases de son évolution. D'après M. Bazin, qui a pratiqué de nombreuses inoculations de favus, on observe comme phénomène initial un léger soulèvement épidermique, terne, pityriasique, s'étendant par la circonférence, circiné, et dont le développement se fait d'une manière progressive. C'est un godet isolé, facile à reconnaître, et dont le centre est traversé par un poil ; vous verrez le godet favique très-bien représenté dans les planches qui accompagnent l'ouvrage de Mahon sur les teignes.

On peut encore étudier l'évolution de l'éruption favique dans les récidives si fréquentes de cette maladie. On voit alors survenir à l'orifice d'un poil une pustule miliaire ; si on la perce avec une épingle, il en sort du pus. Au bout de peu de temps, cette pustule s'aplatit, les bords se relèvent et tout liquide purulent disparaît. Au microscope, on aperçoit des globules de pus et des spores en grand nombre. Ces godets isolés à l'origine se rapprochent de manière à former des plaques plus ou moins considérables. En raison de ces divers phénomènes, M. Cazenave admettait que le favus consistait en une pustule ; son opinion, du reste, est encore la même sur ce point.

Si l'on examine cette poussière des godets à un grossissement de 2 à 300 diamètres, on y trouve du pus, des cellules épidermiques, mais surtout les spores de l'achorion (*oïdium porriginis*), ayant de 4 à 6 millièmes de millimètre de diamètre. Ces spores sont tantôt isolées, tantôt disposées par groupes ; elles sont rondes, oblongues, polygonales quand elles sont pressées les unes contre les autres, placées bout à bout en forme de chapelet, formant ainsi des espèces de tubes ; parfois elles sont entremêlées,

enchevêtrécs les unes avec les autres ou avec des tubes de mycélium. Ces tubcs sont vides ou remplis de spores — *tubes sporofores;* ils sont quelquefois ramifiés comme des branches d'arbre.

D'après Hallier, cct achorion ne serait qu'une transformation du *penicillium glaucum ;* remis dans un liquide approprié, il reviendrait à sa forme primitive ; c'est là un point douteux et qui mérite de nouvelles recherches.

Siége de l'achorion. — Le parasite végétal est intra-épidermique, on le trouve entre la couche cornée de l'épiderme et le réseau de Malpighi, mais surtout dans cette dernière couche. Quand le godet se développe, il soulève et désagrége la couche cornéc, mais son bord est comme serti entre la couche profonde sur laquelle il repose et ce qui reste de la couche corticale, absolument comme un verre de montre est retenu dans l'anneau de métal qui le fixe. C'est entre ces deux couches qu'il se développe primitivement, plus tard il gagnera le follicule pileux et le détruira si la maladie est abandonnée à elle-même, déterminant ainsi une calvitie irrémédiable.

Le favus se présente sous trois formes différentes :

Le *favus urcéolaire* ou en godets, c'est la variété que l'on observe au début de l'affection ; elle est caractérisée par des godets isolés, peu nombreux ; cette variété de favus peut se voir sur toutes les régions du corps.

Le *favus scutiforme*, favus en groupes, *favus aux petits écus*, des anciens auteurs, le *favus squarreux* ou caractérisé par des croûtes épaisses, ne s'observent que sur le cuir chevelu.

Etat des cheveux. — Au début, rien d'appréciable. A la période d'état, les cheveux sont décolorés, ternes, d'une coloration gris souris, atrophiés, par suite un peu plus friables, ne se cassant cependant pas facilement. Ils sont amaigris, leur surface est inégale, comme érodée ; exception-

nellement ils sont dissociés, cet état ne se rencontre jamais au début.

La racine du cheveu est petite, atrophiée. Si on l'arrache, on entraîne sa gaîne qui est entourée d'une matière gélatiniforme.

Le cuir chevelu est rouge, lisse, les orifices des follicules sont très-apparents ; chez les anciens favi on remarque des cicatrices blanchâtres complétement chauves dans les points où la maladie a existé pendant longtemps.

Après l'épilation le derme est rouge, comme vernissé, les contours des surfaces malades sont nets, bien délimités. Les cheveux poussent d'abord très-clair-semés, ils sont lanugineux et on les voit ramper sous l'épiderme avant d'émerger au dehors.

Siége. — Le siége habituel du favus est le cuir chevelu; par exception seulement, on le rencontre sur le corps ; on a cité des exemples de godets faviques sur les cuisses, les jambes, la verge, les hanches, le cou, etc. ; le plus ordinairement on ne trouve dans ces cas qu'un ou deux godets.

Le favus s'observe aussi aux ongles ; parfois le tissu corné est détruit par le parasite ; d'autres fois, il détermine une dissociation des lamelles épidermiques ; ce sont, du reste, des faits assez rares : pour ma part, je n'en ai observé qu'un seul exemple.

Le plus habituellement, les malades en se grattant entraînent des spores, que l'on retrouve ainsi sous la surface unguéale. Mais de là à leur germination et à leur développement, il y a loin.

Certains sujets paraissent prédisposés au favus, sans que l'on puisse apprécier les causes de cette fâcheuse préférence ; toutefois, ceux qui ont été une première fois atteints de favus le reprennent plus facilement. Ainsi, quand on l'observe chez les adultes, le plus souvent, ils l'ont déjà eu dans leur enfance. Il est vrai qu'autrefois, le favus étant un

motif d'exemption pour le service militaire, on laissait les malades sans aucune espèce de traitement.

L'origine du favus est inconnue; il est plus rare dans les villes que dans les campagnes. Les animaux ont le favus spontanément; on l'a rencontré notamment chez la souris, le chat, le chien et le lapin. L'école de Lyon a très-bien étudié cette question, comme il est facile de s'en convaincre en lisant les mémoires publiés par MM. Saint-Cyr, Horand, Tripier, Conche, Gigard, etc.

Muller et Gerlach ont observé des godets faviques sur le coq et le poulet.

Tout au contraire du favus, la teigne tondante est plus fréquente dans les villes; encore est-ce un point à élucider.

Le favus non compliqué d'autres affections cutanées est facile à reconnaître : la présence des godets, leur aspect caractéristique, leur odeur *sui generis* rendent le diagnostic facile. Il n'en est plus de même si le cuir chevelu est en même temps le siége d'autres affections cutanées, et, en particulier de phthiriase qui entraîne si souvent à la suite des grattages des éruptions eczémateuses ou impétigineuses. L'impetigo granulata est une des maladies cutanées du cuir chevelu qu'il serait le plus facile de confondre avec le favus, mais un examen attentif fera toujours éviter cette erreur. Dans l'impetigo granulata, en effet, on ne trouve jamais de godets, les surfaces malades n'ont pas cette odeur de souris spéciale aux éruptions faviques, enfin les cheveux ne sont pas décolorés. En outre, une fois les croûtes tombées, le cuir chevelu présente une surface d'un rouge vif, uniforme, diffuse, tandis que dans le favus la rougeur est délimitée et forme des plaques irrégulières dont les bords sont bien tranchés.

Les syphilides pustulo-crustacées peuvent être aussi quelquefois prises pour le favus; mais dans le premier cas, les cicatrices sont plus déprimées, annulaires, festonnées,

les plaques circinées ; enfin sur les bords des cicatrices, les cheveux sont sains et n'offrent jamais les altérations que l'on retrouve sur ceux qui entourent les plaques de favus.

Dans le lupus, les cicatrices sont profondes, atrophiées, comme gaufrées, leur coloration est d'un brun foncé et non blanche comme celles qui succèdent parfois à l'achorion Schœnleinii.

L'acné pilaris est discret, disséminé, sous les croûtes il y a toujours du pus, les cheveux ne sont pas altérés et la cicatrice qu'il laisse après lui est déprimée, assez analogue à celle de la variole.

Pour le psoriaris, les éléments du diagnostic seront les suivants :

Squames plus lamelleuses, plus épithéliales, plus adhérentes ; les cheveux ne sont pas altérés ; on ne retrouve pas l'odeur caractéristique ; enfin, il est rare de ne pas observer des manifestations de même nature sur d'autres points du corps, notamment aux lieux d'élection, coudes et genoux.

Le favus est une maladie peu grave en elle-même ; seulement, abandonné à lui-même, il détermine après un temps plus ou moins long une alopécie irrémédiable des parties affectées. Si le favus n'altère pas la santé chez l'homme, il n'en est pas de même pour les animaux : chez ces derniers, il occasionne souvent la mort.

Sa durée est très-variable, elle est d'autant plus longue qu'il est plus ancien. Parfois il guérit spontanément, mais alors il a envahi graduellement le cuir chevelu tout entier et la guérison se produit par la destruction de tous les cheveux.

Quant au traitement, il consiste au début à faire tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes de farine de lin ou de l'axonge ; elles se détachent facilement après un ou deux jours de ces applications, puis on procède à l'épilation.

Autrefois cette petite opération se faisait au moyen de la calotte entière, plus tard on a employé des bandelettes. Les frères Mahon épilaient avec les doigts et le peigne.

Au commencement de ce siècle, Plumbe s'est le premier servi de la pince à épiler. Mais c'est à M. Bazin que revient l'honneur d'avoir systématisé ce moyen et montré tous les avantages que l'on peut en retirer. Voici comment il procède : une fois les croûtes tombées, on fait sur le cuir chevelu des onctions cadiques pour atténuer la douleur provoquée par l'avulsion des cheveux, et puis on épile avec la pince. Mais une épilation bien complète est difficile à pratiquer, il convient de se servir d'une loupe pour terminer et parfaire l'épilation.

Trois ou quatre jours sont nécessaires pour faire l'épilation du cuir chevelu, elle est plus ou moins douloureuse suivant les sujets.

Après chaque séance d'épilation, on fait des lotions avec un liquide parasiticide :

Eau distillée.....	de 3 à 500	grammes.
Sublimé........	1	—
Alcool..........	25 à 50	—

Ensuite on pratique des onctions avec une pommade au turbith minéral : 1 gramme pour 50, 30 ou 20 grammes d'axonge, suivant la susceptibilité du cuir chevelu.

Il faut recommencer l'épilation trois ou quatre fois à trois semaines ou un mois de distance. La guérison exige en moyenne de cinq à sept mois.

Après l'épilation, il se produit une rougeur très-vive, mais passagère; souvent même il survient une pustulation plus ou moins abondante.

Une des questions les plus importantes à résoudre, c'est de savoir à quels signes on peut reconnaître la guérison de la teigne faveuse. La nécessité de savoir quand un malade est guéri ressort de la contagiosité de la maladie, de la

transmission qui pourrait se produire dans les lycées, les orphelinats, les providences, etc..., aussi dois-je vous indiquer les caractères objectifs dont la connaissance vous permettra de porter un jugement certain.

Un des phénomènes les plus essentiels à noter, c'est la disparition de la rougeur : quand la coloration des plaques que nous avons notée ci-dessus a complétement disparu, la guérison devient probable ; toutefois, il est impossible de rien affirmer avant un certain temps, afin d'être bien sûr qu'il ne se reproduira pas de godet. L'expectation est donc toujours indispensable avant de pouvoir porter un jugement définitif.

A cette période on voit souvent, sous l'influence de l'inflammation résultant du traitement, survenir des squames légères, pityriasiques ; des onctions avec des corps gras suffisent pour les faire disparaître au bout de peu de temps. Le favus laisse fréquemment dans les points où il a persisté pendant longtemps des cicatrices qu'il est, en général, facile de reconnaître.

III.

LEÇONS SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES, par le Dr Charles MAURIAC, Médecin de l'Hôpital du Midi.

(Suite.)

XIX.

C'est ce qui eut lieu dans le cas suivant dont je pris l'observation en 1873 :

OBS. V.—Le malade, entré le 6 mai de cette année-là, dans mon service, salle 8, n° 7, n'était âgé que de 16 ans. Il avait contracté un chancre infectant à la fin de février 1872. C'était une balano-posthite avec phimosis accompagnée d'une pléiade ganglionnaire spécifique dans les deux aines. Au mois d'avril, c'est-à-dire 5 ou 6 semaines après, il entra à l'hôpital Saint-Antoine pour une éruption cutanée superficielle qu'on traita avec des pilules de protoiodure. Il fut plus tard admis deux fois dans mon service pour divers accidents consécutifs légers.

La dernière fois, il avait une récidive de roséole érythémateuse confluente et des plaques muqueuses buccales.

Il n'était que depuis deux jours dans mon service lorsque, le 8 mai (15e mois de la syphilis), il éprouva les premiers symptômes de l'affection syphilitique du biceps, du côté gauche. Peu à peu l'extension complète devint impossible et douloureuse. Le mouvement forcé de flexion présentait les mêmes caractères. Ces phénomènes augmentèrent graduellement. Puis ils se manifestèrent, mais très-atténués, du

côté droit. Dans le creux poplité gauche, il y eut aussi quelque chose d'analogue.

Le processus fut remarquable par sa lenteur, et le traitement spécifique mercuriel ne parut pas avoir grande action sur lui pour l'arrêter ou le modérer.

Voici quel était son état le 12 juin, un mois environ après le début de l'affection :

L'avant-bras gauche était en demi-flexion sur le bras. L'extension complète était absolument impossible. Le tendon du biceps formait une corde dure et rigide au-dessous de la peau. Le corps du muscle, surtout dans sa moitié inférieure, était un peu plus dur et plus épais que celui du côté opposé. On sentait même, en le pressant, une rénitence dans sa partie profonde.

L'articulation explorée avec le plus grand soin dans toutes ses parties ne présentait aucune altération. Une pression très-vive, dans le pli du coude, au-dessus de la bourse synoviale du tendon bicipital, ne causait aucune douleur.

Les mouvements du radius sur le cubitus, même les mouvements forcés de pronation et de supination, étaient parfaitement libres et indolents.

Quant au mouvement forcé d'extension de l'avant-bras sur le bras, il provoquait au contraire une violente douleur, et augmentait la saillie du tendon, qui paraissait plus court que celui du côté opposé. La flexion forcée et complète était impossible et douloureuse, mais à un moindre degré que le mouvement en sens contraire.

On pouvait pétrir, malaxer dans tous les sens, les muscles du bras et de l'avant-bras, ainsi que l'articulation du coude, sans provoquer aucune souffrance.

Enfin il n'existait pas de douleurs spontanées, fixes ou irradiantes et névralgiformes.

Dans le pli du coude droit il y avait aussi une douleur provoquée par le mouvement d'extension complète.

Dans le creux du jarret gauche, douleur de même nature,

également provoquée par l'extension complète de la jambe sur la cuisse.

La santé générale était très-bonne.

Le 9 juillet (2e mois révolu de l'affection bicipitale), il n'était encore survenu aucun changement notable.

Le 16, dans le coude droit, au niveau du pli, douleur en pressant le côté externe du tendon. Impossibilité de fléchir complétement l'avant-bras sur le bras, soit dans la pronation, soit dans la supination. — Articulation intacte.

Le 26 juillet, la flexion complète était impossible et douloureuse dans les deux membres supérieurs; mais l'extension se faisait mieux à gauche.

Un mois après, le 25 août, l'extension de l'avant-bras gauche sur le bras se faisait complétement et sans souffrance. Il n'existait plus rien d'anormal à droite.

Une circonstance assez curieuse à noter, c'est que la guérison définitive de l'affection bicipitale gauche avait été précédée de *guérisons intermittentes*. Ces guérisons intermittentes survenaient spontanément ou étaient consécutives à des frictions, à des malaxations dans le pli du coude. Le malade pouvait alors, sans souffrir, étendre complétement l'avant-bras sur le bras. Mais au bout d'une demi-heure ou d'une heure, la rétraction se reproduisait lentement et restait permanente jusqu'à une nouvelle friction.

XX.

Vous voyez, messieurs, que cette observation ressemble dans ses traits les plus essentiels aux trois premières, c'est-à-dire que l'affection syphilitique du coude est exempte de toute altération matérielle appréciable soit dans l'intérieur de l'articulation, soit à sa périphérie.

La cause du trouble fonctionnel, le siége de la lésion, occupait donc les muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. N'y avait-il pas aussi quelque chose d'analogue

dans le creux poplité? Je serais porté à répondre par l'affirmative. J'ai observé plusieurs faits où la détermination, ne se limitant pas aux muscles moteurs de l'avant-bras, semblait s'étendre aussi à ceux de la jambe. Il est vrai que je n'ai jamais vu de rétraction musculaire bien manifeste dans les membres inférieurs. — Il existait une simple gêne pendant l'extension, ou même une douleur, quelquefois très-vive, quand le mouvement, qui pouvait s'effectuer volontairement, était porté jusqu'à sa dernière limite.

La symptomatologie n'a présenté ici rien de particulier : dureté, rigidité, raideur permanente du tendon du biceps, s'exagérant dans le mouvement forcé d'extension ; augmentation de la consistance et raccourcissement du muscle, tels étaient les phénomènes les plus saillants que présentait le principal agent moteur lésé, c'est-à-dire le biceps.

La douleur n'était pas spontanée et n'avait aucun caractère irradiant. Nulle au repos, elle ne se développait que dans les mouvements forcés d'extension surtout, mais aussi de flexion.

Cette impossibilité de la flexion complète, la douleur qui se produit au pli du bras lorsqu'on veut accentuer ou forcer le mouvement dans ce sens, sont deux circonstances qui m'ont frappé ; sans doute elles ne sont pas aussi remarquables que les mêmes phénomènes qui s'opposent à l'extension ; mais elles existent toujours à un certain degré. Elles m'avaient frappé depuis longtemps. Voici une note curieuse que j'ai retrouvée tout récemment dans mes cartons ; je la copie textuellement, telle que je la pris au moment même où le malade vint me consulter :

« Un jeune homme âgé de 23 ans était au huitième mois et demi de la syphilis; il avait une roséole confluente sur la partie supérieure du tronc. — Aucun trouble de la santé

générale. A cette époque-là, malgré le traitement institué depuis 15 jours, il fut pris de douleurs dans l'articulation du coude droit, sur la partie interne du biceps au niveau du pli. — L'extension était complète. — Mais la *flexion* de l'avant-bras sur le bras ne pouvait pas se faire complétement, à cause d'une douleur aiguë ressentie au lieu indiqué. Cette douleur était surtout intolérable dans la supination. — Mais si l'avant-bras était dans la pronation, elle diminuait, et la flexion complète était possible. — Aucune douleur à la pression, aucune modification matérielle appréciable. »

J'avais intitulé cette note prise à la hâte, *affection syphilitique du tendon du biceps.* Pourtant je ne parle ni de l'état du muscle ni de l'état de son tendon. C'est que sans doute je ne découvris en eux, non plus que dans les parties constituantes de l'articulation, aucun changement morbide.

Je crois bien qu'ici il ne s'agissait point d'une rétraction musculaire. Ce n'étaient point les muscles qui étaient malades. N'était-ce pas plutôt la synoviale du tendon du biceps? Mais pourquoi cette douleur intolérable et l'impossibilité de la flexion complète de l'avant-bras sur le bras, pendant la supination, et non pendant la pronation? J'avoue que c'est là une différence dont je ne puis me rendre compte. L'observation, du reste, est trop incomplète pour qu'on doive se donner la peine de disserter sur elle à perte de vue. Je vous la donne pour ce qu'elle vaut. J'y joins trois ou quatre lignes du malade que j'ai conservées : « Douleur dans le bras droit, le 5 juillet, vague d'abord, à peine appréciable. — S'accentue les jours suivants. — Reste la même pendant une période de plusieurs jours. — Semble décroître le 19 juillet. — L'amélioration s'accentue les jours suivants : la douleur tend à disparaître. »

XXI.

Quand on se trouve en présence d'un état morbide aussi difficile à interpréter, au point de vue pathogénique, que l'affection syphilitique du biceps, et que l'anatomie pathologique ne nous vient pas en aide, il faut étudier et analyser minutieusement toutes les faces de sa symptomatologie, le suivre dans tous les moments de son processus, le surprendre dans sa coïncidence permanente ou temporaire avec d'autres manifestations de même origine, démêler en lui les éléments essentiels et les distinguer de ceux qui sont accessoires, c'est-à-dire juxtaposés ou superposés, enfin employer toutes les ressources de l'observation clinique. Heureux encore si dans un sujet si obscur on parvient à entrevoir la vérité.

La nécessité de multiplier les cas, d'en donner toutes les variétés connues s'impose tellement ici que je ne craindrai pas d'abuser de votre patience en vous exposant encore d'autres faits qu'il m'a été donné d'observer.

Vous avez vu que, dans sa phase décroissante, l'affection bicipitale du dernier malade avait présenté des *rémittences* et même des *intermittences* complètes. Chez celui dont je vais vous raconter l'histoire, cette circonstance, qui est d'une grande signification, devint prédominante dès le début et persista jusqu'à la terminaison, avec les allures d'un trouble purement nerveux, dans lequel l'altération matérielle qui le produit, s'il en existe une, ce qui n'est pas douteux, n'affecte aucun caractère de fixité comme durée, ni d'égalité comme action.

XXII.

Obs. VI.—M.B..., âgé de 40 ans, dresseur, avait eu en 1853 un

chancre phagédénique avec bubons suppurés. En janvier 1869, il contracta un chancre infectant du méat, qui indura la plus grande partie du gland sans l'ulcérer et n'y produisit qu'une érosion très-superficielle et à peine appréciable.

Six semaines après le début de ce chancre il survint une roséole papuleuse. On fit prendre environ cent pilules de protoiodure qui n'empêchèrent pas une laryngopathie assez sérieuse et des plaques muqueuses de se déclarer au commencement de juin 1869 (5e mois de la syphilis).

Puis, vers les premiers jours de juillet, le malade éprouva quelques troubles nerveux tels que obnubilation, diplopie, qui furent fugaces et sans hémiplégie.

Il entra une première fois dans mes salles lors de l'invasion des accidents consécutifs. A cette époque il commença à éprouver quelques douleurs dans les deux coudes. A la seconde poussée des accidents, en juillet (6e mois de la maladie), il eut une nouvelle attaque d'arthralgie dans les coudes, et voici ce que je constatai quelques jours après son entrée, qui eut lieu dans mes salles, lit 10, le 15 juillet 69 :

Il existait entre l'olécrane et l'épitrochlée du côté gauche une douleur peu vive, qui n'augmentait pas par la pression. Cette douleur, irradiait à travers le pli du coude. L'avant-bras avait été forcé à peu près tout à coup de se mettre dans la position demi-fléchie sur le bras. *Son extension complète était impossible.* La masse musculaire du biceps ne paraissait point violemment contracturée et il n'existait aucune altération matérielle appréciable dans l'articulation. On aurait dit qu'une sorte de rétraction s'était produite dans les ligaments antérieurs péri-articulaires.—Peu de douleurs dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras, qui étaient libres, *sauf celui de l'extension complète.* Rien dans le bras droit.

Quand on cherchait à faire l'extension forcée, une douleur vive se faisait sentir en arrière sur l'olécrane et en avant sur le tendon du biceps, qui se raidissait très-fortement, comme s'il eût subi un raccourcissement. (Traitement mixte.)

Un point très-important à noter, c'est que cette affection

survint assez brusquement et disparut de même au bout de 3 ou 4 semaines.

Elle présenta même une marche *irrégulièrement intermittente*, c'est-à-dire qu'elle cessa et revint plusieurs fois, mais toujours sans contracture bien appréciable du biceps.

XXIII.

Eh bien, messieurs, que pensez-vous de ce fait? ne le trouvez-vous pas, comme moi, très-significatif dans sa brièveté? Voilà un coude qui devient malade pendant les deux premières poussées de la syphilis. D'abord il n'est que douloureux; puis, outre la douleur, se produit rapidement une sorte d'ankylose dans le sens de l'extension. Et l'obstacle à ce mouvement était tel qu'on aurait pu croire que les ligaments antérieurs de l'articulation s'étaient raccourcis ou que l'olécrane ne trouvait plus à se loger dans sa cavité.

Puis tout à coup les choses reprenaient leur état naturel et l'obstacle à l'extension complète disparaissait comme par enchantement. N'est-ce pas là l'indice d'une perturbation dynamique? Quelle autre cause qu'une action musculaire entravée ou déviée et passant, avec la rapidité et la facilité qui lui sont propres, du fonctionnement physiologique au fonctionnement morbide et réciproquement, pourrait donner lieu à des résultats contraires si instantanés?

Et pourtant le biceps ne présentait aucune modification notable dans sa portion charnue. Son tendon seul subissait des alternatives de relâchement et de raideur. Il semblait qu'en lui seul résidait la force contractile qui tantôt limitait l'extension et tantôt lui laissait toute son amplitude.

Ici l'affection bicipitale était bornée à un seul côté. Le biceps gauche était seul malade; comme dans notre première

observation, les autres articulations étaient intactes. Il en est quelquefois ainsi. Mais souvent les deux coudes sont pris simultanément ou l'un après l'autre et les mêmes phénomènes ont de la tendance à se répéter sur les deux articulations du genou, toujours avec un état de l'extension qui la rend incomplète ou douloureuse. Des muscles isolés ou des groupes musculaires sont également en souffrance; enfin des nerfs, dans diverses régions, sont parcourus par des irradiations névralgiques, de telle sorte que l'affection bicipitale n'est plus qu'une des manifestations de l'état myopathique ou névropathique immédiatement produit par l'action syphilitique.

XXIV.

Il en a été ainsi dans les observations suivantes :

Obs. VII — M. L... Louis, âgé de 16 ans, épicier, entré le 26 juin 1869, dans mon service à l'Hôpital du Midi, salle 8, nº 40, jouissait d'une excellente santé et n'avait jamais eu aucune maladie, lorsque vers la fin de février 1869, il eut commerce avec une coureuse du boulevard Saint-Martin. Dix ou douze jours après, apparition de trois chancres infectants, dont deux siégeaient sur la racine de la verge et le troisième sur le limbe du prépuce. Ce dernier avait produit un phimosis dont j'opérai le malade au commencement de mai 1869.

La première poussée des accidents consécutifs consista en une roséole érythémateuse et des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus.

Une deuxième poussée eut lieu vers le quatrième mois du chancre, et le 28 juin le malade présentait l'état suivant : roséole papuleuse discrète, taches érythémateuses. Nouvelle éruption de plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Souffle systolique à la base du cœur; bruits continus avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Quelques jours auparavant, dans les premiers jours de juin, le malade avait été pris tout à coup d'une douleur occupant le tiers inférieur du bras gauche ; cette douleur paroxystique, plus forte la nuit que le jour, était exaspérée par les mouvements de l'avant-bras sur le bras. Son maximum d'intensité occupait le bord interne du tendon du biceps, au point d'insertion des fibres musculaires. De là elle irradiait jusqu'à l'extrémité supérieure du muscle.

A ces phénomènes douloureux s'ajouta, au bout de quelques jours, l'impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras. Quand on essayait d'obtenir par force l'extension complète, les souffrances devenaient intolérables. Je ne constatai pourtant aucune lésion dans le corps ni dans les extrémités du muscle biceps, qui ne paraissait point en contracture, du moins dans l'ensemble de ses fibres.

Le tiers inférieur du muscle triceps brachial était aussi très-douloureux pendant la contraction musculaire.

Des explorations répétées ne me firent découvrir aucune lésion dans l'articulation ni dans les parties adjacentes.

La position demi-fléchie était celle pendant laquelle le malade souffrait le moins. Faiblesse, engourdissement, pesanteur dans tout le membre supérieur gauche, sans aucune modification de la sensibilité cutanée.

Névralgie faciale droite.

Le malade éprouvait aussi des douleurs très-vives dans les masses musculaires de la cuisse gauche en avant et en arrière, ainsi que dans les muscles du mollet. Ces douleurs descendaient jusqu'au pied gauche et se prolongeaient le long de leur plante jusqu'aux orteils. Elles étaient assez vives quelquefois pour empêcher la marche. On ne constatait aucune modification matérielle appréciable dans les parties douloureuses.

Ces douleurs musculaires des membres, qui siégeaient d'abord exclusivement à gauche, se produisirent aussi du côté droit, mais avec moins de violence. L'extension com-

plète devint impossible dans le coude droit, sans qu'il existât de contracture apparente du biceps ni d'aucun autre muscle du bras. Les douleurs musculaires ou névralgiformes se produisirent aussi dans la plante du pied droit.

Je soumis le malade à un traitement mixte hydrargyrique et ioduré. Au bout de 15 jours, ces douleurs des membres avaient beaucoup diminué. Le malade sortit le 21 juillet n'ayant plus aucun accident. Cette myopathie musculaire syphilitique avait donc duré environ 50 jours.

XXV.

Ce fait n'est-il pas un exemple de l'état maladif qui peut frapper simultanément ou successivement une étendue plus ou moins considérable du système musculaire? Ici l'affection du biceps est sans doute encore le phénomène prédominant; mais elle est précédée et accompagnée d'autres symptômes qui sont de même nature qu'elle, procèdent de la même origine, bien qu'ils n'aboutissent pas aux mêmes résultats. Ainsi il y a eu dans le bras gauche d'abord, puis dans le membre inférieur gauche, des douleurs névralgiformes, irradiantes et paroxystiques; puis est venue l'impossibilité de l'extension complète et l'endolorissement de la moitié inférieure du triceps. J'ai déjà noté ce dernier fait dans quelques-unes de mes observations. Ne l'oubliez pas, je vous prie. Il importe de savoir que quelquefois le biceps n'est pas malade seul, mais que son antagoniste, le triceps, est également touché, toujours à un degré moindre il est vrai.

Dans le membre inférieur gauche, la myo-névropathie a été plus diffuse, plus vague et ne paraît pas avoir dépassé les limites d'une souffrance simple qui ne réagit pas directement ou par action réflexe sur la contractilité muscu-

laire pour en troubler l'action d'une manière fugace ou permanente.

C'est encore le côté gauche qui a été le premier et le plus fortement atteint. Mais les mêmes phénomènes se sont reproduits aussi à droite sous une forme atténuée, et pendant quelques jours l'extension complète de l'avant-bras droit sur le bras a été égalcment impossible.

Remarquez, messieurs, qu'au milieu de ces souffrances variées, qui ont leur siége dans les nerfs et dans les muscles, la sensibilité de la peau n'est pas compromise. Elle l'est bien rarement dans le cours de la syphilis. Je n'ai jamais observé l'anesthésie cutanée chez les hommes. Celle qu'on observe quelquefois chez les femmes dépend d'une névropathie hystérique latente qui est éveillée et mise en jeu par les modifications profondes que la syphilis fait subir à tout l'organisme.

XXVI.

Voici un cas où l'élément névralgique était encore plus accusé que dans le précédent. La prédominance était même telle que l'affection du biceps n'a été qu'un épiphénomène éphémère.

Obs. VIII. — M. X..., avocat, âgé de 29 ans, contracta, le 25 juin 1871, un chancre infectant qui fut suivi d'accidents consécutifs, légers et superficiels. Je le traitai dès le début de sa syphilis par des préparations hydrargyriques ; plus tard il prit aussi un peu d'iodure de potassium.

Ce malade n'avait eu aucune poussée depuis le mois de janvier 1872, et il avait cessé tout traitement depuis le mois de février, lorsque le 3 juillet de la même année (12e mois de la syphilis), il fut pris sans aucune cause, et tout à coup, étant à sa table de travail et écrivant, d'une lourdeur très-grande et d'une sorte de commotion douloureuse dans le membre supérieur gauche. Cette attaque, toute locale et qui

n'avait point son origine dans le cerveau, rendit les mouvements difficiles; il lui était même impossible de lever le bras et de l'écarter du tronc. Deux ou trois jours auparavant il était survenu une douleur dans la jambe droite; mais elle avait rapidement disparu.

Le 7, le 8 et le 9 les mêmes phénomènes persistèrent. Il n'existait aucune lésion apparente dans les articulations du membre malade. Des douleurs irradiantes, paroxystiques, plus vives la nuit que le jour, le parcouraient dans toute son étendue. Pendant les crises, qui étaient surtout nocturnes, *il était parfois difficile et même impossible d'étendre et de fléchir complétement l'avant-bras sur le bras.*

Le quatrième jour, les phénomènes s'atténuèrent. Le 10, j'examinai toutes les articulations avec le plus grand soin, sans y rien découvrir d'anormal. Le biceps n'était pas en état de contracture ni les autres muscles non plus. Il semblait au contraire, par moments, que tout le bras était paralysé. Le malade ne pouvait pas l'écarter du tronc. Sensibilité cutanée intacte. La main serrait avec force. Les douleurs irradiantes se propageaient depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité des doigts. Il n'existait aucune manifestation syphilitique.

Je fis prendre immédiatement des pilules d'hydrargyre et de l'iodure de potassium. L'amélioration fut rapide au bout de 4 ou 5 jours, le malade put se servir de son bras; au bout de 10 jours, il était guéri.

En analysant cette singulière névro-myopathie, je finis par démêler que la douleur avait débuté par le deltoïde et qu'elle y revint toujours très-intense. Elle s'y reproduisit encore vers le 2 ou le 3 août, c'est-à-dire un mois à partir du début de l'attaque. Cette douleur, qui était plus forte la nuit que le jour, n'était pas notablement augmentée par la pression. Elle paraissait suivre les divisions du nerf circonflexe.

L'impossibilité de l'extension et de la flexion de l'avant-bras sur le bras a été intermittente et n'a duré qu'un ou

deux jours; de telle sorte que si le biceps et le triceps ont été particulièrement atteints à un certain moment, leur souffrance s'est perdue dans l'ensemble et n'a été, comme je vous le disais, qu'un épiphénomène presque insignifiant dans le cours de cette névralgie brachiale.

Le fonctionnement du cerveau pendant cette attaque a toujours été intact. Le malade ne s'était point refroidi. Il n'a jamais eu aucune manifestation rhumatismale et il n'est pas de race arthritique.

Le traitement spécifique paraît avoir eu beaucoup d'efficacité sur cette affection. Je faisais prendre chaque jour 0,12 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et 8 grammes d'iodure de potassium. Je suspendis ces médicaments quelques jours après la cessation des douleurs.

Je suis persuadé que cette névralgie brachiale était d'origine syphilitique. Vous m'objecterez peut-être qu'elle est survenue six mois après la guérison de la première poussée, qu'elle n'a été ni précédée, ni accompagnée, ni suivie d'aucune manifestation sur la peau ou sur les muqueuses et qu'en l'absence de tout renseignement, il eût peut-être été impossible de songer à la syphilis. Je reconnais qu'il n'a existé aucun caractère intrinsèque dans la modalité phénoménale qui soit particulièrement propre à la syphilis. Mais à quelle autre cause rapporterez-vous cette affection? Les spécifiques n'ont-ils pas agi avec une promptitude et une sûreté qu'on pourrait invoquer comme un argument péremptoire? D'ailleurs des cas analogues où les coïncidences syphilitiques évidentes ne laissent aucun doute sur la nature des accidents névralgiques sont loin d'être rares.

Le cas suivant rentre encore mieux dans notre sujet que le précédent, parce que la myopathie syphilitique y était plus prononcée.

Obs. IX.—Le malade, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin,

d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé antérieure et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, contracta un chancre infectant qui débuta vers les premiers jours de septembre 1869. Il entra dans mon service le 18 du même mois, salle 6, n° 3. Le 10 octobre, apparition d'une syphilide à papules petites, acuminées, très-confluentes, surtout au front et à la figure, céphalalgie violente.

Je fis donner d'abord des pilules de potassium pendant la durée du chancre ; puis je fis faire des frictions mercurielles pour combattre la syphilide.

Au milieu de novembre (2e mois et demi du chancre), le malade fut pris, sans cause appréciable, d'accidents névro-myopathiques consistant :

1° En une douleur très-vive occupant le côté externe de l'olécrâne gauche, sans aucun gonflement, se propageant le long du nerf cubital et accompagnée d'une sensation d'engourdissement, d'une anesthésie et d'un abaissement notable de la température dans le doigt auriculaire.

2° En une impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras.

3° En douleurs siégeant dans le creux poplité, vers son angle inférieur, des deux côtés, paroxystiques et assez fortes pour causer parfois de la claudication.

Ces accidents survenus en pleine poussée syphilitique sur la peau diminuèrent au bout d'un mois et demi de durée. Mais, vers la fin de janvier 1870, l'anesthésie et l'abaissement de la température dans le doigt auriculaire gauche persistaient encore.

Ici encore l'affection bicipitale ne paraît avoir été qu'un phénomène accessoire. Le symptôme prédominant, c'était la névralgie du nerf cubital, à laquelle il faut rapporter l'*anesthésie* et l'*abaissement de température* de l'auriculaire. Sans être aussi accusés qu'au bras gauche, des phénomènes névralgiformes de même nature se produisirent aussi dans les extrémités inférieures. (*A suivre.*)

IV

NOTE SUR LA NATURE DE LA PELADE OU ALOPÉCIE AREATA, par le Dr Anton Nyström, de Stockholm.

Occupé depuis plusieurs années d'études spéciales sur les affections du cuir chevelu, je me suis involontairement arrêté devant le chapitre mystérieux de la pelade : l'alopécie areata ou l'area des anciens. Partisan convaincu, — au moins dans tous les points principaux, — des doctrines dermatologiques de M. Bazin, j'avais accepté son opinion sur la nature parasitaire de la pelade, surtout après avoir vu moi-même des spores d'un champignon dans cette affection. J'ai cru qu'il était utile d'énoncer cette doctrine, parce qu'une dissidence sur la nature de la pelade ne peut alors être attribuée ni à une négligence dans les recherches d'après les indications de M. Bazin, ni à une tendance de vouloir contester quand même, disposition qui, spécialement dans l'histoire de la dermatologie, s'est malheureusement assez souvent montrée dans les différentes écoles.

Comment est-il possible que quelques médecins puissent encore nier l'existence des spores dans la pelade, spores déjà décrites par M. Gruby pour la première fois en 1843, et observées depuis par plusieurs dermatologistes, et notamment par M. Bazin ? Comment admettre qu'une affection aussi fréquente que la pelade soit regardée par quelques auteurs comme une maladie parasitaire, tandis que d'autres médecins la considèrent comme dépendant d'une lésion de l'influx nerveux (Hebra) ?

Est-ce donc qu'il existe deux espèces différentes d'alopécie areata, l'une parasitaire et l'autre non parasitaire? — Telle est la question que l'on doit se poser en présence de différences si tranchées dans les opinions.

En exposant mes recherches sur cette affection, je tâcherai de répondre à ces questions par la description des faits eux-mêmes.

Ce qui m'avait d'abord frappé, c'était ce fait que les spores, dans la pelade, ne se trouvent pas sur tous les cheveux malades, ni dans toutes les squames des plaques, tandis que dans les teignes vraies, teigne faveuse et teigne tondante, aussi bien que dans le pityriasis versicolor, on trouve constamment les éléments des champignons correspondants dans toutes les parties affectées.

En continuant mes recherches microscopiques, je constatais que les spores étaient très-légèrement adhérentes aux cellules épidermiques,—où elles se rencontrent toujours de préférence,—se détachent facilement de celles-ci, et que, dans des préparations avec de la glycérine, elles se trouvaient, après 24 heures, en très-grand nombre dans une *couche séparée* de la glycérine au-dessus des cellules épidermiques et, du reste, çà et là dans la glycérine, à côté des pellicules préparées.

En outre, comme je n'avais jamais vu de spores *dans* les cheveux, ni sur leurs racines (même après une macération dans une solution de soude), mais seulement sur la partie extra-cutanée des cheveux et sur la surface des squames, je commençais à croire que ces spores ne sont pas une des causes de la pelade. Ainsi, quoique j'ai observé des spores dans la pelade, il m'a été impossible, dans ces dernières années, de constater la nature parasitaire de cette maladie, nature qui me paraît encore invraisemblable à cause de l'extrême rareté des cas dans lesquels on a eu raison de soupçonner une contagion, tandis que, dans toutes

les autres affections parasitaires, la contagion est un fait parfaitement démontré.

Le point de départ de mes nouvelles recherches repose sur cette observation : que les spores se détachaient facilement des pellicules dans la glycérine, c'est-à-dire qu'elles semblaient être très-légèrement fixées sur la surface du corps. Je commençais alors à soupçonner que leur présence était accidentelle, et qu'elles se trouvaient peut-être dans l'atmosphère, sur les vêtements, dans la glycérine. Cette substance pourtant n'en contient point. Alors en voyant que les préparations présentent toujours des particules étrangères, notamment des filaments de coton, j'ai pensé qu'elles pouvaient provenir de la poussière. Ayant alors examiné au microscope le duvet, c'est-à-dire les filaments libres d'une serviette qui était suspendue dans un coin humide de la chambre, je retrouvai *exactement les mêmes spores que dans la pelade !* (*Voyez* la planche fig. 1 et 2.)

Cette petite découverte me semblait, de prime abord, éclairer toute la question et, en vérité, des vérifications assez nombreuses m'ont prouvé que le secret de la « teigne pelade » réside dans cette nouvelle « teigne des serviettes ! »

Avant d'aborder une description plus détaillée, il faut que j'exprime ici ma vive reconnaissance à M. le Dr Lailler, à cause du grand intérêt qu'il a bien voulu prendre à mes recherches dans l'hôpital Saint-Louis, faites dans le courant de l'été dernier, et de son assistance obligeante. C'est grâce à cette circonstance que j'ai eu l'occasion, — très-rare à Saint-Louis, — de continuer, sur une grande échelle, mes recherches sur les affections du cuir chevelu, et plus spécialement celles sur la pelade.

Je suis, comme je l'ai déjà dit, venu à Saint-Louis avec des doutes sur la nature parasitaire de la pelade, et bientôt ces doutes se sont convertis en certitude, quant à la nature non parasitaire de cette affection, conséquence des expé-

riences ultérieures sur le nouveau « champignon des serviettes. »

Pendant ma visite à Saint-Louis, j'eus l'occasion, pour la première fois, de lire l'*Étude sur la pelade* du Dr Courrèges et la note du Dr Malassez sur le champignon trouvé dans la pelade, travaux intéressants qui semblaient confirmer la théorie de la nature parasitaire de l'affection. Aussi est-elle fortement soutenue par les deux auteurs.

D'après le Dr Malassez, c'est au champignon que l'on retrouve dans les squames qu'est due la chute des cheveux. Cependant les doctrines cliniques actuellement professées à Paris sur la pelade sont loin d'être d'accord, malgré ces nouvelles descriptions anatomiques. J'ai, par exemple, dans le mois de juillet, noté fidèlement trois opinions différentes, et en voici le résumé.

Le professeur Hardy a émis l'opinion suivante : « La nature parasitaire de la pelade est aujourd'hui, *spécialement après les recherches du Dr Malassez,* parfaitement *constatée* et *incontestable.* Le traitement (huile de foie de morue, ferrugineux, épilation et applications d'une solution de sublimé), repose *exclusivement* sur la nature de la maladie. »

Le Dr Bazin « *ne regarde pas le champignon décrit par le Dr Malassez* dans la pelade comme le *champignon de cette affection* et qui est la cause de la chute des cheveux. Ce champignon ne réside pas seulement à la surface des cheveux et des squames, mais principalement dans leurs racines mêmes. »

Finalement, le Dr Lailler, dans ses leçons cliniques, a professé une opinion qui diffère des deux précédentes, mais qui, dans les circonstances actuelles, a l'incontestable mérite d'être basée sur des observations parfaitement objectives et indépendantes de tout doctrinalisme : « Je ne nie pas absolument la nature parasitaire de la pelade, et je ne

l'affirme pas non plus ; mais, à l'exception des spores dans les squames, dont l'existence a été démontrée de nouveau par le Dr Malassez, je n'ai jamais vu les éléments d'un champignon dans la pelade. »

Eh bien ! ces dernières recherches permettent-elles de dire qu'on connaisse réellement la nature de la pelade ? Le praticien peut-il en tirer des conséquences précises pour le traitement de cette affection, dont le champignon classique (résidant dans les cheveux et leurs racines) n'a été observé par aucun dermatologiste, excepté par M. Bazin, qui nie toute connexité entre la pelade et le champignon du Dr Malassez, tandis que ce même champignon est regardé par le professeur Hardy comme l'incontestable cause de l'affection?

Peut-être pourrais-je, en exposant les recherches suivantes, changer d'une manière décisive les opinions qui ont été émises en faveur du parasitisme de cette affection qui a, jusqu'ici, si singulièrement éludé les efforts des dermatologistes pendant 32 années, et dont le traitement est si différent suivant les diverses écoles.

Quand j'eus observé suffisamment « le champignon des serviettes, » dont je ne connais pas le nom scientifique, et après avoir trouvé que ses spores étaient exactement les mêmes que celles de la pelade, j'étais désireux de le faire constater, dans les mêmes préparations, par d'autres médecins. Alors je plaçais devant M. le Dr Lailler un échantillon du champignon des serviettes, et, sans savoir d'où venait la préparation, il constata que les spores étaient celles de la pelade et qu'elles étaient les mêmes que celles décrites par le Dr Malassez. Nous comparâmes avec des préparations de squames prises dans la pelade, et il fut facile de reconnaître qu'elles étaient les mêmes.

M. le Dr Malassez, après avoir vu mes figures, dessinées d'après mes observations microscopiques, a aussi constaté

que les spores ont la plus grande ressemblance avec celles qu'il a observées dans les pellicules de la pelade.

J'eus donc l'idée d'examiner la poussière filamenteuse des têtes des teigneux, traités dans l'hôpital Saint-Louis, c'est-à-dire les débris de coton qui se détachent des serviettes dont les têtes des malades sont couvertes, et l'observation microscopique démontra la présence des mêmes spores.

Ces spores sont, en général, de quatre différentes grandeurs et correspondent aux mesures données pour les spores décrites par le Dr Malassez. La forme est en général ronde, mais jamais chez les plus grandes spores elle n'était aussi parfaitement circulaire que dans celles dessinée dans les figures du Dr Malassez (*Voyez* la planche dans l'*Étude sur la pelade*, du Dr Courrèges), différence pouvant dépendre des préparations des pellicules épidermiques. Cette différence peut tenir au mode de préparation employé par le Dr Malassez. Après avoir dégraissé les pellicules par de l'éther et de l'alcool, il les met dans une solution d'acide phénique (au centième), tandis que je n'emploie jamais aucun acide, mais seulement de l'alcool et de l'éther et puis une solution de soude. Après avoir laissé les préparations 10 minutes dans cette solution, je les examine dans de la glycérine pure.

Je n'ai jamais vu de tubes de ce champignon dans les pellicules ni dans les filaments de coton à l'état ordinaire, c'est-à-dire quand ils sont secs et exposés à l'air libre. On distingue deux variétés de spores, savoir : avec ou sans un double contour. Les spores avec un double contour sont de deux différentes grandeurs, les plus grandes mesurent environ 0,004-0,005 millimètres, l'autre variété ne possède que deux tiers de ce diamètre (*Voyez* la planche). Toutes les deux présentent quelquefois un petit bourgeon sur le côté extérieur de la paroi. Le double contour chez elles est très-

distinct, de sorte qu'elles ressemblent beaucoup à de véritables anneaux.

On observe aussi, à côté de ces spores, des anneaux plus ou moins incomplets ou en fragments, sous forme de *b*, ou de petites cellules allongées et courbées.

Les spores à un seul contour sont aussi de deux différentes grandeurs, les plus grandes mesurent environ 0,002 millimètres, et les plus petites encore moins. Quelquefois les premières présentent un bourgeon ; mais les spores les plus petites ressemblent elles-mêmes aux bourgeons des autres spores, et, probablement, ne constituent que le premier degré de développement d'un même champignon. On ne voit rien au centre de ces petites spores; mais dans les spores les plus grandes sans double contour on remarque, en baissant un peu le foyer, que le centre devient plus foncé, noirâtre.

Quelquefois j'ai observé dans la pelade des spores allongées et ovoïdes, les plus grandes avec des petits bourgeons. Ces formes n'appartiennent qu'au petit ordre sans double contour (*Voyez* fig. 6). Cette forme correspond à celle observée par le D[r] Malassez dans le pityriasis simple et regardée par lui comme la cause de l'alopécie dans cette affection.

J'ai retrouvé ces spores allongées et ovoïdes non-seulement dans la pelade, mais aussi, toujours associées avec les grandes spores à double contour, chez toutes les personnes qui présentent de petites pellicules en quantité plus ou moins normale et qui n'ont pas le plus léger degré d'alopécie (*Voyez* fig. 5).

Je crois qu'on est autorisé à les regarder comme appartenant au même genre de champignon, c'est-à-dire au champignon des serviettes, et que la forme allongée ne constitue réellement qu'une phase de développement et dépendant du terrain. Je me crois même autorisé à sup-

poser que la cause de cette forme, c'est-à-dire de ce premier degré de partition, est une plus grande quantité de graisse dans les pellicules. En réalité, j'ai vu que l'alcool et l'éther employés pour dégraisser les pellicules des personnes qui ont présenté ces spores contenaient une très-grande quantité de graisse, et, en outre, que les personnes atteintes de pelade qui présentent ces spores allongées ont, contre l'ordinaire, des squames graisseuses. Cela demande naturellement des recherches ultérieures pour être constaté. J'ai seulement voulu attirer l'attention sur ce point, en décrivant ce que j'ai déjà observé.

Mais, quant à ma théorie du champignon des serviettes, on peut bien faire cette objection que le champignon de la pelade, s'il était celui des serviettes, devrait se trouver aussi chez d'autres malades que ceux affectés de pelade et se trouvant dans les mêmes circonstances que ceux-ci, c'est-à-dire, par exemple, chez les faveux, les tondants, etc., qui sont traités de la même manière que les premiers et dont les têtes sont aussi enveloppées de serviettes? On trouve chez eux toujours le même champignon, toujours les mêmes spores à double contour et les mêmes spores sans double contour, rondes et allongées. J'ai eu l'occasion de le constater plusieurs fois sur les malades à l'hôpital Saint-Louis, non-seulement sur des faveux et des tondants, mais aussi sur des impétigineux, des pityriasiques, etc. (*Voyez* fig. 3.)

Chez les personnes atteintes de la pelade, aussi bien que chez d'autres personnes avec ou sans alopécie, on n'observe jamais ces spores ailleurs que sur les squames épidermiques les plus superficielles, c'est-à-dire sur la surface du corps où la poussière de l'air peut se fixer. Le champignon ne se présente jamais en mycélium et, conséquemment, ne semble pas trouver un terrain favorable pour un vrai développement. Il ne pénètre jamais dans les parties profondes de

l'épiderme, ni dans les cheveux ou les follicules pileux. Les racines des cheveux et leurs gaînes ne portent jamais de spores, d'où il résulte, spécialement en vue de la présence du champignon chez des personnes sans les moindres symptômes du côté du cuir chevelu, que le champignon ne se trouve qu'accidentellement sur la surface du corps où il est parfaitement inoffensif.

Quant à la nature végétale des spores, j'ai obtenu des résultats décisifs par la *culture* du champignon dans une solution de sucre, résultats qui confirment, en outre, l'opinion émise ci-dessus sur l'identité des spores des serviettes et de la pelade, etc.

Je me bornerai ici à décrire six expériences différentes sur cette culture :

Première expérience. — Je plaçai une petite quantité de filaments de coton dans une solution de sucre dans de l'eau distillée, versée dans un flacon bien nettoyé et lavé avec de l'eau distillée. Après cela le flacon fut bouché et placé sous une cloche sur la fenêtre d'une chambre dont la température était d'environ 20° R. Après 4 jours, on voyait parmi les filaments de coton des spores de différentes grandeurs de l'aspect ci-dessus décrit, mais à côté de celles-ci des *tubes très-fins de mycélium* (*Voyez* fig. 4). Le nombre des tubes s'augmenta de jour en jour et était très-considérable au huitième et douzième jour. Ils étaient parfaitement décolorés, mais les petites spores (les plus courtes, les jeunes) qui étaient renfermées dans quelques-uns de ces tubes, avaient une couleur un peu bleuâtre ou lilas. Quelques-unes des plus grandes spores à double contour présentaient un noyau dans l'intérieur fixé aux parois, et quelques-unes de ces spores servaient, aussi bien que d'autres plus petites, de racine au point de départ de tubes remplis de sporules extrêmement petites. La paroi des spores à double contour présentait quelquefois des bour-

geons allongés ou des petites tiges de différentes longueurs sans sporules.

Deuxième expérience. — Un petit vase de verre fut nettoyé de la même manière que dans l'expérience précédente; j'y versai une solution de sucre et la couvris imparfaitement d'un verre de montre, de sorte qu'il se trouvait une petite ouverture sur un côté. Après 12 jours, j'observai à la surface de la solution un petit nuage de poussière; je le pris avec une aiguille, et je constatai parmi quelques filaments de coton (entrés par l'ouverture sous le verre de montre), un grand nombre des mêmes spores et des mêmes tubes récemment décrits.

Troisième expérience. — Un petit flacon à demi rempli d'une solution de sucre (toujours le même nettoyage, etc.) et parfaitement bouché. Après 12 jours, je pouvais à peine observer un petit nuage dans la solution; l'examen au microscope donnait alors les mêmes résultats que dans la deuxième expérience. Le nuage était un filament de coton, probablement resté dans le flacon, malgré toutes les précautions prises, et il était entouré de spores et de tubes de même genre.

Jamais, dans ces expériences, je ne voyais des organes de fructification. Les tubes n'avaient aucune ressemblance avec ceux de la moisissure du penicillium, de l'achorion-Schönleinii, du microsporon-furfur, etc.

Quatrième expérience. — Culture dans une solution de sucre des pellicules et des cheveux d'une plaque de pelade. Après 8 jours, mêmes tubes et spores que dans les expériences avec le coton.

Cinquième expérience. — Culture dans une solution de sucre des pellicules et cheveux des endroits sains du même malade. Après 8 jours, même résultat.

Sixième expérience. — Même expérience avec des pelli-

cules grasses et des cheveux d'un homme sain. Après 8 jours, même résultat.

Dès le neuvième jour quelques organes de fructification de penicillium glaucum commençaient à se montrer dans cette expérience, et le même résultat s'observait, dès le douzième jour dans les expériences 4 et 5 ; cela prouve ou que ces personnes avaient des spores de penicillium glaucum (toujours pourtant en très-petit nombre), ou que le champignon des serviettes se transforme, après un certain temps dans un milieu favorable, en penicillium.

EXPLICATION DES FIGURES.

Fig. 1. Filaments de coton; deux sans spores et un rempli de spores. Grossissement d'environ 300 fois.

Fig. 2. Spores des filaments de coton dessinées isolément. Grossissement d'environ 500 fois.

Fig. 3. Spores du même champignon des serviettes, trouvées sur des *squames* de *plaques* de la teigne tondante. Grossissement, 500 fois.

Fig. 4. Filaments de coton après 12 jours de culture dans une solution de sucre. Spores et tubes du champignon. Grossissement, 500 fois.

Fig. 5. Spores du champignon des serviettes sur des pellicules chez des personnes saines ou avec un léger pityriasis simple sans alopécie. Grossissement 500 fois. A côté des *cellules-épidermiques quelques* filaments de coton.

Fig. 6. Spores sur les pellicules d'une plaque de pelade. Les pellicules plus graisseuses qu'à l'ordinaire. Quelques filaments de coton dans la préparation. Grossissement, 500 fois.

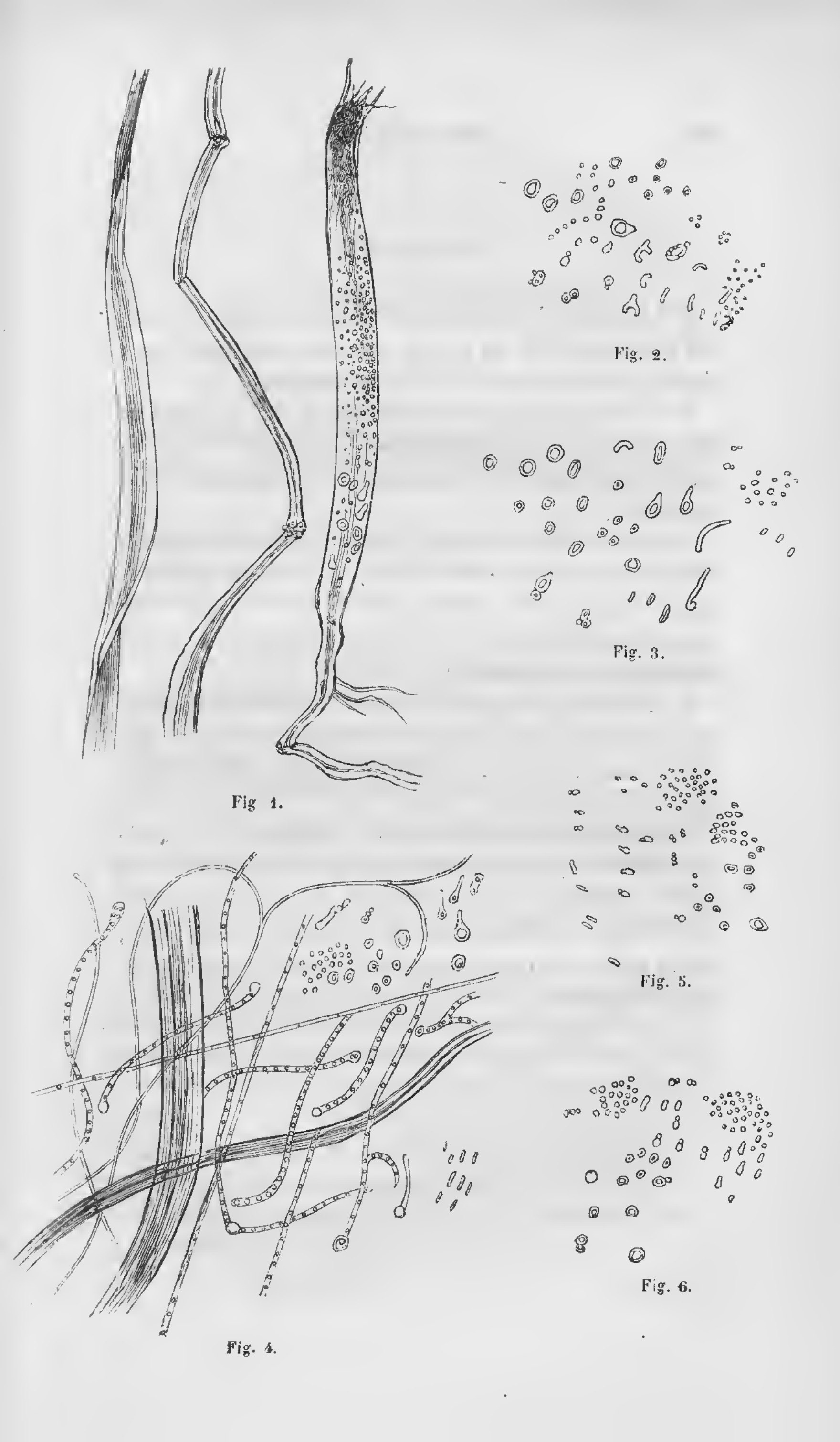


Fig 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Fig. 6.

CONCLUSIONS.

1° La pelade n'est pas une affection parasitaire ; la chute des poils est due à un vice de nutrition attribuable à une lésion d'influx nerveux ou une trophonévrose ;

2° L'opinion d'une nature parasitaire de la pelade, qui ne peut plus être soutenue, a pourtant eu jusqu'à la découverte du champignon des serviettes, la plus grande vraisemblance ;

3° Les auteurs qui ont nié l'existence d'un champignon dans la pelade ont mal observé, et ils ne se sont pas appuyés sur des faits, mais sur des conjectures, quand ils ont voulu défendre la nature nerveuse de l'affection. Ils ont eu raison malgré eux-mêmes ;

4° Le traitement antiparasitaire est inutile dans la pelade. Des procédés et des moyens revivifiants doivent être employés, concurremment avec un traitement général fortifiant ;

5° Vu la contagiosité des teignes, notamment de la teigne tondante, qui se transmet souvent aux malades avec la pelade pendant le séjour à l'hôpital, il est très-utile pour les malades, et même pour les recherches scientifiques, que la pelade soit traitée séparément et dans d'autres salles que les teigneux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE A L'HOPITAL DU MIDI, par Ferdinand PEYNAUD. Thèse de Paris, 1876.

L'intérêt de cette thèse repose toute entier sur l'exposé d'un nouveau procédé d'uréthrotomie interne dû à M. P. Horteloup. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la description de l'instrument imaginé par le chirurgien de l'hôpital du Midi, et le manuel opératoire nécessité par son emploi :

Description de l'instrument. — L'uréthrotome employé par M. Horteloup, rentre dans la classe des uréthrotomes à lame cachée, mais sa lame est complétement mousse et ne présente dans aucun point de partie coupante.

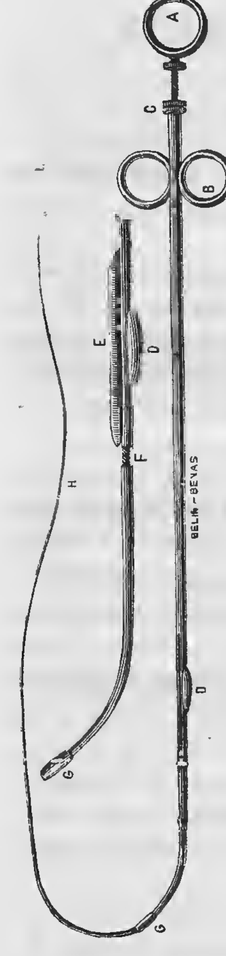
Ainsi que l'indique la figure, l'uréthrotome a la forme d'une sonde à petite courbure.

Toute la portion rectiligne (35 centimètres) est creuse ; elle présente à 4 centimètres de son union avec la portion concave, une fente longitudinale par laquelle peut sortir la lame mousse, et elle est munie à son extrémité de deux anneaux.

La lame est mise en mouvement par une tige qui se termine par un troisième anneau, dans lequel on passe le pouce, tandis que dans les deux autres on introduit l'index et le médius.

Un petit curseur, placé sur la tige, permet de maintenir

la lame fermée et de graduer aussi son jeu, si on le croit nécessaire.



A. Anneau recevant le pouce du chirurgien.

B. Anneaux recevant l'index et le médius.

C. Curseur.

D. Boule.

E. Lame mousse.

F. Union de la partie rectiligne avec la partie concave de l'instrument.

G. Pas-de-vis s'adaptant à la bougie conductrice.

H. Bougie conductrice.

La lame sort de la tige parallèlement, elle vient donc frapper perpendiculairement la paroi du canal de l'urèthre.

Vers le milieu de la face opposée à la fente, est placée une boule qui sert à indiquer où se trouve le point exact du rétrécissement ou des rétrécissements, et quel est l'endroit qu'il faut attaquer.

A l'extrémité vésicale de l'instrument se visse une bougie conductrice.

Disons de suite que l'instrument est arrangé de telle façon, que, lorsqu'il est introduit dans la vessie, la boule et par conséquent la lame correspondent ensemble au niveau du bulbe et de la portion membraneuse, qui sont, comme on le sait, le lieu d'élection des rétrécissements fibreux. Mais, comme tous les rétrécissements ne siégent pas dans la région périnéale, l'instrument devait pouvoir se transformer en instrument droit. Voilà pourquoi il se dévisse, à l'union de sa partie rectiligne et de sa partie concave : la bougie conductrice vient prendre alors la place de la partie concave.

Si on examine la figure, on verra que la lame sort d'une hauteur à peu près égale à celle de l'épaisseur de la tige métallique, dans laquelle elle est cachée, lorsque l'instrument est en repos. De plus, comme elle est mousse, elle n'incise pas le canal de l'urèthre, elle dilate perpendiculairement : toutes les parties molles des tissus peuvent fuir devant la lame qui n'agit que sur les parties indurées.

Si on veut s'en rendre compte, on n'a qu'à faire l'expérience suivante que nous avons vu faire plusieurs fois.

On prend un tube en caoutchouc que l'on entoure d'un fil à ligature, puis on introduit l'uréthrotome et, lorsque la boule se trouve arrêtée par le fil, on pousse la tige métallique qui fait saillir la lame, le fil résistant se déchire, mais le caoutchouc est intact ou présente une moucheture insignifiante.

Rien n'est plus variable que les rétrécissements, soit

comme dimension, soit comme résistance. Aussi serait-il impossible d'obtenir un résultat identique avec un seul instrument dont le jeu est très-limité. Pour y remédier M. Horteloup a fait construire quatre uréthrotomes de volume variable et gradués régulièrement.

Le premier passe dans le n° 6 de la filière, la boule correspond au n° 10, et la lame ouverte au n° 11.

Voici les numéros des trois autres :

	Uréthrotome.	*Boule.*	*Lame ouverte.*
N° 2	9	13	14 1/2
N° 3	12	16	17 1/2
N° 4	14	20	23

Nous ferons remarquer que le calibre du n° 1 répond à celui du conducteur de M. Maisonneuve.

Manuel opératoire. — Le chirurgien doit commencer par introduire dans la vessie la bougie conductrice.

La bougie étant introduite dans la vessie, on visse l'uréthrotome qui correspond au calibre du rétrécissement, calibre que nous connaissons par l'examen préalable du malade.

Supposons que nous ayons affaire à un rétrécissement de petit calibre : la boule de l'uréthrotome n° 1 se trouve arrêtée au niveau du rétrécissement. On introduit, comme nous l'avons dit, les doigts dans les anneaux et on pousse la tige médiane; la lame sort de sa gaîne et un petit bruit particulier, ainsi qu'une résistance vaincue, indiquent que les parties dures viennent de céder. On rentre la lame et en poussant l'instrument, on sent que la boule, tout à l'heure retenue par le rétrécissement, peut le franchir. On retire alors l'uréthrotome n° 1 pour le remplacer par l'uréthrotome n° 2, dont la boule vient s'arrêter sur le rétrécissement ou le franchit, si le débridement est suffisant. On passe ainsi successivement les quatre uréthro-

tomes que l'on fait jouer tant que l'on éprouve une résistance.

Le dernier uréthrotome étant retiré, on passe aussitôt une bougie en gomme du n° 16, 18, 20, suivant la dimension du méat ; la bougie est laissée en place pendant cinq minutes et elle est ensuite enlevée.

Par la seule lecture de ces lignes il est aisé de concevoir les effets de cette ingénieuse opération. Hâtons-nous de dire que les heureux résultats de la pratique confirmeni pleinement ces données théoriques. Et d'abord le débridement ne se fait que successivement, tant que la main éprouve une résistance, en second lieu il est pratiqué en un point précis, et par là limité aux seules parties malades. C'est un grand avantage que l'instrument de M. Horteloup présente sur celui de Maisonneuve. Dans ce dernier, en effet, la lame est obligée de passer dans toute la longueur du canal, et peut ainsi blesser la muqueuse dans les points non rétrécis, pour peu qu'il y ait de contraction spasmodique. M. Dolbeau a donné l'histoire de deux malades opérés avec l'uréthrotome de Maisonneuve et chez lesquels l'urèthre avait été divisé dans toute sa longueur ; l'un d'eux ayant même conservé intact son rétrécissement. Enfin la rupture porte uniquement sur le tissu sous-muqueux, que les recherches de Guérin nous ont appris être le seul malade ; ce fait a été mis hors de doute par les expériences de M. Peynaud, qui constata plusieurs fois, après avoir pratiqué le débridement sur des urèthres isolés artificiellement rétrécis, l'intégrité absolue de la muqueuse. C'est là un point capital ; combien en effet les suites ne sont-elles pas modifiées? comme il n'y a à proprement parler, aucune plaie de produite, nous n'avons à redouter ni fièvre traumatique, ni hémorrhagie, ni infiltration d'urine. L'usage de la sonde à demeure, si ébranlé déjà par l'heureuse pratique de bon nombre de chirurgiens

qui la proscrivent, ne doit donc même pas ici être discuté; M. Horteloup n'y a jamais eu recours ; de là, suppression d'une cause d'irritation permanente et vraisemblablement d'une occasion assez fréquente de fièvre uréthrale.

Aussi le chapitre des accidents n'existe-t-il que pour la forme dans le consciencieux travail de M. Peynaud, les malades quittent en général le service 8, 6, et même 5 jours après l'opération, complétement guéris, étonnés, dit l'auteur, du calibre de leur jet.

Il n'est guère permis de se prononcer encore sur la question des récidives consécutives à une opération aussi récente; l'absence de tissu cicatriciel sur la muqueuse permet cependant de conclure à priori à leur moindre fréquence qu'après l'emploi de l'uréthrotome tranchant. M. Horteloup peut donc attendre avec confiance le verdict de l'avenir. Nul doute du reste que grâce à sa simplicité, à son innocuité surtout, cette pratique ne se généralise promptement, et n'autorise, d'ici à peu, un jugement définitif sur cette opération si riche de promesses.

Louis JULLIEN.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un soi-disant érithème gangréneux,

(*Exemple de simulation.*)

Leçon clinique professée à « University College-Hospital, »

Par le Dr Tilbury Fox, F. R. C. P., médecin chargé du service des maladies de la peau.

Messieurs,

Depuis un temps immémorial, on a simulé, dans toutes les classes de la société, des maladies de toute nature. Comme on l'a fort bien dit, « le monarque, l'homme d'État, le prêtre, le soldat et le criminel ont tous supposé des affections morales ou physiques dans l'intérêt de leurs desseins ambitieux ou coupables, » et, dans le même but de tromperie, il est des gens qui savent trouver le moyen d'exciter la pitié, de s'assurer les charités d'autrui, ou d'extorquer des droits d'une façon contraire à l'équité. Un grand nombre des personnes qui feignent ainsi des maladies ont réellement une mauvaise santé : ce sont des hystériques, ou bien elles ont contracté des habitudes, des manières ou des goûts maladifs et l'on pourrait à juste titre les considérer comme sous l'influence d'un stimulant qui les pousse à des actes morbides. Dans quelques circonstances, cependant (et c'est un exemple de ce genre que je vais vous rapporter ici), il est des individus qui feignent des maladies, sans présenter *en apparence* aucune affec-

tion morale ou physique, et sans qu'on puisse trouver à leur façon d'agir aucune espèce de motif plausible.

Il n'est pas un grand nombre de maladies cutanées que l'on feigne. En général, la simulation porte sur les lésions pustuleuses et ulcératives, faciles à faire naître et à entretenir à volonté par l'application locale des irritants. La malade dont je souhaite vous entretenir présentement offrait un certain nombre de petites plaies semi-gangréneuses disséminées sur toute la surface du corps, et que, je n'en doute point, elle avait provoquées elle-même. Cette maladie représentait ce qu'on a décrit sous le nom d'érythème gangréneux, affection que j'ai toujours trouvée douteuse, ou, au moins, sujette au reproche de simulation. Voici, au surplus, l'histoire de cette malade :

Antécédents. Elle a servi comme bonne à tout faire sans interruption depuis le mois de février 1874. Elle est célibataire; elle a toujours été bien nourrie, et est chaudement vêtue. Elle n'a pas changé de condition depuis qu'elle est entrée en service ; l'habitation n'est pas humide, et elle est bien aérée. Elle a toujours vécu à Londres ou dans les environs. Cette fille est petite pour son âge, assez robuste ; elle a l'air éveillé, mais elle est un peu pâle. Elle a quatre frères et une sœur qui sont tous d'une bonne santé. Elle a toujours été bien portante ; elle est bien nourrie ; elle est forte. Au mois de décembre dernier, elle a eu de l'enflure, phénomène qui a duré environ un mois. Elle n'a jamais eu ni rhumatisme, ni scarlatine.

État actuel. Le jeudi 20 août, elle a remarqué pour la première fois, au devant de l'extrémité inférieure de la jambe gauche, la présence d'une tache rouge, longue d'environ 75 millimètres sur une largeur de 25 millimètres. Grande démangeaison, le jour et la nuit. Le vendredi 21, elle s'aperçut qu'il s'était formé, sur la partie externe de la tache, une croûte délimitée par une mince ligne rouge.

Peu après l'apparition de cette première tache, il s'en montra cinq autres, une sur la joue gauche, une seconde sur le dos de la main gauche, une troisième sur la partie externe de la cuisse droite à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, une quatrième à la partie postérieure de l'avant-bras gauche, 5 centimètres environ au dessous du coude, et la cinquième, sur le côté interne de la première tache à la jambe gauche, au devant du tibia, vers le bas du tiers moyen du membre. Toutes ces taches apparurent le même jour. La plus considérable se voit aujourd'hui au devant de la mamelle gauche; elle s'est montrée le 20 août au soir sous la forme d'une plaque scarlatineuse de 91 sur 91 millimètres; le bord inférieur s'arrête à 25 millimètres à peu près au-dessus du mamelon; le bord externe arrive jusqu'au rebord antérieur du creux axillaire, tandis qu'elle se termine, à son bord interne, à 12 millimètres en dehors du bord gauche du sternum. Le vendredi 21, en s'éveillant, la malade remarqua que cette tache mammaire s'était transformée en îlots cutanés irréguliers, blanchâtres, d'apparence inanimée, et circonscrits par une auréole rougeâtre. Sur les points de la tache qui n'étaient pas devenus rouges, s'était formée une croûte mince, peu résistante, d'un brun jaunâtre, analogue à celle de l'eczéma. Il se montra également sur le thorax onze de ces îlots blanchâtres ou environ. Depuis lors, la malade n'a remarqué aucun changement matériel appréciable. Le 21, elle s'aperçut que les îlots blanchâtres étaient anesthésiques.

Le 25 août, la malade se présenta à la consultation, avec l'état de la peau que je viens de vous dire. Santé bonne; ni douleur, ni inquiétude, ni malaise. Les règles ont apparu ce matin. Sur la mamelle gauche, et dans la totalité de la zone déjà indiquée, on voit çà et là des points rouges isolés, au nombre de cinq ou six et de diverses grandeurs.

Chacun de ces petits îlots renferme une ou plusieurs taches déprimées, insensibles, circonscrites par une auréole rouge; cette rougeur est plus prononcée sur le bord où elle confine aux taches blanches, et elle s'arrête brusquement à la périphérie sur les limites de la peau normale. La largeur de l'auréole varie suivant les points ; ici elle n'a que 2 millimètres, tandis que là elle acquiert 4, 6 millimètres, et plus. La rougeur pâlit un peu sous la pression; mais elle ne disparaît pas. En certains endroits, elle s'étend sur une plus large surface que je ne l'ai dit encore, et la peau y est recouverte d'une croûte brun-jaunâtre, fait que l'on observe dans l'eczéma ou à une période déjà avancée de l'herpès.

Les îlots blanchâtres déprimés sont anesthésiques. La malade sent la piqûre d'une épingle jusqu'au bord interne de l'auréole; mais la sensibilité disparaît absolument lorsqu'on arrive aux îlots blanchâtres. Ceux-ci ont une température plus élevée que celle de la peau saine, ainsi que nous l'avons constaté. Même sur les taches rouges, on peut découvrir de petites places d'anesthésie; certaines d'entre elles ont la dimension d'un grain de millet. Tous les points de la peau qui ne sont pas blanchâtres conservent leur sensibilité ; mais celle-ci est un peu affaiblie sur les points rouges par rapport à celle que présente la peau normale voisine. Toutes les autres taches, répandues sur le corps, offrent des phénomènes identiques à l'observateur.

Laissez-moi vous faire observer ici, messieurs, que tous les points malades siégent à gauche, sauf la tache de la région inférieure et externe de la cuisse droite ; en effet, nous notons des lésions sur la mamelle gauche, l'avant-bras gauche, la main gauche (sur le dos), la jambe gauche et un peu la joue gauche. La tache de la jambe droite est diffuse, non régulière ; son diamètre horizontal, le plus grand, est de 78 millimètres ; le diamètre vertical est de 50 millimètres;

la place anesthésiée a 43 millimètres en largeur et 31 millimètres de haut en bas. Au devant de la jambe gauche se voient trois taches en forme de raies; la plus interne a environ 31 millimètres de long sur 3 millimètres de large; elle est située au bas du tiers moyen de la jambe, immédiatement en arrière de la face interne du tibia; elle suit un trajet oblique en bas, en dedans et en arrière. Côte à côte avec elle, se trouve une autre tache longue de 25 millimètres à peu près, et dont la largeur varie de 3 à 5 millimètres. La presque totalité de la peau qui recouvre ces taches est blanche et anesthésique : sur la circonférence seulement règne une mince auréole rougeâtre d'une épaisseur de 2 millimètres. La troisième tache de cette région est longue de 15 centimètres et demi ; mais elle est séparée en deux segments par un intervalle de 12 millimètres, à la réunion de son tiers inférieur et de ses deux tiers supérieurs; elle est large de 12 millimètres dans sa partie supérieure, et de 3 millimètres dans sa partie inférieure. Celle-ci se porte obliquement en dehors, en bas et en arrière, du côté de la malléole externe. Le segment supérieur est vertical; sur son côté interne est un lambeau cutané, irrégulier, blanchâtre et anesthésique, qui s'étend, supérieurement et inférieurement, jusqu'à la moitié, en son milieu jusqu'à un tiers seulement de la largeur de la tache; sur son côté externe est une raie, large de 6 millimètres, anesthésique en partie, mais d'un aspect bariolé; entre les deux se trouve une bande de peau rouge, qui conserve toute sa sensibilité. Le segment inférieur de la tache est blanc et anesthésique, circonscrit par une auréole rouge, large de 2 millimètres. L'aspect général de ces taches, prises dans leur ensemble, donne l'idée d'un liquide corrosif répandu au devant de la jambe, où il aurait privé la peau de sa vitalité. Sur le dos de la main est une tache arrondie, diffuse, sur un diamètre de 18 millimètres : la partie blanche

anesthésique offre la dimension d'un gros pois. En arrière du bras, on voit aussi une tache arrondie, diffuse, ayant un diamètre de 25 millimètres; la peau y est d'un rouge sombre, plus ou moins anesthésique. Sur la joue sont semées quelques taches irrégulières, anesthésiques, entourées d'une mince auréole rouge, auréole moins distincte toutefois qu'autour des autres taches. Les portions de la peau qui étaient hier d'un blanc de perle mat ont pris aujourd'hui une teinte verdâtre. La température de la peau blanchâtre, prise sur la tache mammaire la plus étendue, est de 34°, 4; sur la peau saine, elle est de 33°, 3 (centigrade).

27 août. — Les taches n'ont pas changé d'aspect, mais les croûtes jaunâtres de la mamelle gauche ont augmenté d'épaisseur. Sommeil bon. Garde-robes régulières. La malade mange avec plaisir. La température générale est de 36°, 6, celle de la tache blanche mammaire, à gauche, de 34°, 4, celle de la peau saine, sur la mamelle droite, de 33°, 3. L'examen du cœur n'a révélé aucune espèce de lésion. L'urine est acide; densité, 1,020; elle ne contient ni albumine, ni sucre. Les taches ont aujourd'hui une teinte jaunâtre, différente du ton blanc mat qu'elles avaient présenté d'abord. La malade raconte que la peau environnant les taches est douloureuse, et qu'il en a toujours été ainsi. On a fait sur la tache de la cuisse droite quelques onctions à l'axonge, et maintenant le sujet assure qu'il sent très-bien quand on vient à explorer la partie affectée, laquelle est recouverte d'une croûte couleur de miel. Sur quelques-unes des autres taches, l'épiderme commence à se détacher. Lavages à l'eau phagédénique. La malade prétend qu'elle se sent mieux, après quelques-unes de ces applications, et pourtant elle ne s'était pas du tout plainte auparavant de souffrir, ainsi qu'on avait eu soin de s'en assurer lors de son entrée.

29 août. — Comme on avait des raisons, avant-hier 27, pour suspecter la véracité de la malade dans ses allégations sur l'anesthésie des taches blanchâtres, on lui couvrit les yeux, et, quatre fois successivement, on piqua avec la pointe d'une épingle la tache située au devant de la jambe gauche. Deux fois elle assura sentir, et deux fois n'avoir pas senti. Le même jour, dans l'après-midi, M. Tweedy reprit l'expérience sur la tache mammaire au moyen d'une paire de ciseaux très-pointus, dont il employait tantôt une branche, tantôt les deux. Nous pûmes alors établir que, quand elle ne voyait pas les points en expérience, elle répondait au hasard ; tantôt alors elle disait sentir, tantôt qu'elle ne sentait point, bien qu'on n'interrogeât les deux fois qu'un seul et même point.

1er septembre. — L'épiderme des taches blanches situées au devant de la jambe gauche, recouvert d'une pommade au spermaceti, est tombé aujourd'hui, en laissant après lui des ulcérations profondes, taillées à pic, à bords saillants, rouges, enflammés. Il n'y a point de changement dans la tache mammaire gauche, sauf un certain degré d'épaississement des croûtes jaunâtres couleur de miel. Les croûtes de la tache située sur la cuisse droite sont aussi plus épaisses. Les autres taches semblent sur le point de disparaître. Les croûtes de la main et de l'avant-bras gauches et l'épiderme des taches blanchâtres de ces deux régions sont tombés, et ont laissé, en leur lieu et place, sur le premier de ces deux points, un tissu rougeâtre, sur le second, des cicatrices blanches.

5 septembre. — La tache blanchâtre de l'épiderme au devant du sein gauche s'est évidemment épaissie et indurée ; elle recouvre sans aucun doute possible une certaine quantité de sérosité. Les croûtes sont encore plus épaisses. Prescription : quinine et fer trois fois par jour.

8 septembre. — Les croûtes de la mamelle sont tombées

et l'on voit à leur place un tissu rougeâtre. La grande tache blanche est encore là, sans aucun changement d'aspect.

10 septembre. — L'épiderme blanchâtre de la mamelle a été arraché hier par les vêtements de la malade; à sa place, on voyait un lambeau excorié de peau saine, recouvert ce matin d'une croûte. Les ulcérations de la jambe gauche sont exactement dans le même état que le 29 du mois dernier. Depuis le 26, on les a traitées par un liniment opiacé et plombique.

15 septembre. — Toutes les croûtes sont tombées, et remplacées par un tissu rougeâtre. Les ulcérations de la jambe gauche guérissent lentement. Lotions à l'eau rouge.

23 septembre. — La peau a un aspect rose et potelé partout où se trouvaient des plaies, sauf à la jambe gauche, dont les ulcérations guérissent néanmoins avec une certaine rapidité. La malade quitte l'hôpital cette après-midi.

Et maintenant, messieurs, je dois vous exposer les raisons qui nous ont fait dire, M. Tweedy et moi, que nous avions affaire à une maladie provoquée, et non pas à un cas d'érythème gangréneux.

D'abord, nous ne trouvions pas l'altération de l'état général qui accompagne d'ordinaire ces sortes de lésions. Le sujet, au moment de l'éruption, paraissait jouir d'une excellente santé; elle n'avait jamais été soumise à aucune privation; jamais elle n'avait subi une influence morbide capable de produire chez elle un état cachectique. Nous ne saurions comprendre l'apparition idiopathique de plaies gangréneuses sans une perturbation dans la nutrition assez profonde pour en expliquer la naissance. Dans les cas indubitables d'érythème gangréneux cutané, les malades étaient de véritables moribonds; la nutrition générale avait subi des atteintes profondes, et l'affection cutanée n'était qu'une des séries symptomatiques de cet état de cachexie.

C'est ainsi que, dans certains cas de paralysie, lors des approches de la mort, dans des cas d'ossification artérielle, de purpura grave, on a observé l'érythème suivi de gangrène. Mais, dans l'observation que je mets sous vos yeux, nous n'avons pu trouver aucune trace de maladie ou un défaut de nutrition antérieur. Il est vrai que notre malade, quelques mois auparavant, avait été, disait-elle, « enflée » ; mais il est difficile de savoir ce qu'elle voulait dire par là ; peut-être avait-elle eu les jambes enflées par le fait de l'anémie ; mais, quoi qu'il en soit à ce sujet, depuis quelque temps déjà, et au moment de l'apparition de la maladie cutanée, cette fille était en bonne santé, et jamais l'érythème gangréneux ne se montre dans ces circonstances.

En second lieu, le début et la marche de la maladie n'étaient pas ceux d'une affection gangréneuse, mais bien plutôt d'une pustulation grave. Les taches ont montré d'abord une hyperhémie active, puis ont pris l'aspect d'une surface dépouillée, et non pas l'apparence livide de la gangrène ; enfin elles ont été l'objet d'un rapide processus de réparation. Comme je l'ai déjà indiqué, les lésions de l'érythème gangréneux débutent souvent par des plaques purpuriques ou livides, et pas par une hyperhémie active ; celle-ci, au contraire, chez notre malade, avait plus que probablement pour cause l'application d'un irritant local, ainsi que la vésication, ou, pour mieux dire, ce qu'on prenait pour de la gangrène ; en même temps, la naissance rapide d'une active réparation indiquait bien que la nutrition générale n'avait pas eu à souffrir. Aussitôt que la malade fut entrée à l'hôpital, et qu'elle ne put continuer son système de tromperie, l'apparition de nouveaux foyers gangréneux cessa sur-le-champ ; tous les endroits touchés se mirent à guérir, et cette guérison eut lieu avec rapidité. Ce qui nous mit d'abord sur la voie de suspecter une simulation, ce fut l'aspect général des modifications pathologi-

ques qui se produisirent, et surtout leur exactitude parfaite avec ce qui se passe à la suite d'une vésication sérieuse sur un sujet sain (le centre blanchâtre et l'auréole rouge à la circonférence); en effet, il nous a semblé que, si la maladie eût été idiopathique, l'état de la nutrition, capable d'entraîner dans les tissus d'aussi graves désordres que ceux de la gangrène, se fût trouvé en antagonisme avec l'existence d'un processus de réparation très-vif. Il faut donc reconnaître que la régénération donne ici un démenti à la mortification. Les modalités successives des taches ont suivi la marche des blessures simples; de là vient qu'il était difficile d'en faire une gangrène idiopathique.

Ensuite, la distribution des taches était toute particulière. Sauf une seule, toutes étaient du côté gauche, et aux endroits les plus accessibles à la main droite, c'est-à-dire sur la mamelle, la joue, le dos de la main, la face postérieure de l'avant-bras, la partie antérieure du tibia. La tache de la cuisse droite occupait la partie basse et externe de ce membre, point le plus facile à atteindre avec la main. Rien dans la forme des taches ne pouvait attirer l'attention, excepté la longueur et l'étroitesse de celles de la jambe gauche; en effet leur grand axe correspondait à celui du membre; et, comme je l'ai déjà dit, vues dans leur ensemble, elles donnaient l'idée d'un liquide corrosif qui aurait coulé le long de la jambe, et se serait répandu sur les côtés à droite et à gauche. L'absence de symétrie dans la lésion, son siége sur les points les plus accessibles à la main, l'aspect rayé des taches de la jambe gauche indiquaient réellement une maladie simulée.

De plus, les réponses de la malade au sujet de l'anesthésie nous ont tout à fait démontré que, à tout le moins, elle nous trompait sciemment sur certains points. Rappelez-vous ce que je vous ai dit au début; il semblait alors certain que les îlots blanchâtres situés sur les taches fussent

anesthésiques ; en insistant sur ce phénomène, la malade ayant les yeux fermés, on acquit la preuve que ses réponses étaient contradictoires. Ce fait vient donc fortement étayer ma manière de voir.

Enfin, l'absence de toute espèce de médecine vient ajouter à mes doutes au sujet de la simulation. La malade reçut de l'eau phagédénique, et on lui promit quelque médicament, pendant qu'on pansait ses plaies avec de l'axonge. Après qu'on lui eut fait prendre un peu d'eau sucrée et pas autre chose, elle déclara qu'elle se sentait beaucoup mieux, et par le fait elle ne s'était jamais plainte d'aucun mal auparavant, bien qu'elle eût été spécialement interrogée sur ce point lors de son entrée, et plusieurs fois depuis. En somme, elle dit qu'elle était et avait été malade, et qu'elle se sentait mieux depuis qu'elle avait pris son médicament ; et néanmoins elle avait dit auparavant d'une manière expresse qu'elle était tout à fait bien portante. Voilà donc encore un fait qui nous indiquait la simulation ; car la malade avait oublié le rôle qu'elle avait joué dans d'autres circonstances.

Je n'entrerai point dans d'autres considérations. J'en ai assez dit, surtout sur l'aspect des lésions, pour montrer que nous avions affaire ici à un érythème non pas gangréneux, mais provoqué. La difficulté à découvrir un motif suffisant pour simuler une gangrène ne doit pas nous arrêter dans notre diagnostic.

Si maintenant vous me demandez à quel irritant cette fille a eu recours, je vous répondrai en toute franchise que je n'en sais rien. Il peut se faire que ce soit l'acide chlorhydrique qui ait servi à provoquer la « gangrène blanche » de la peau.

Je vous supplie d'être très-prudents avec ces exemples de soi-disant érythèmes gangréneux de la peau, surtout chez les hystériques. Il peut être difficile ou même impos-

sible de découvrir pourquoi certains individus se sont fourré dans la tête la fantaisie de produire çà et là sur leur corps des plaques de vésication; et pourtant on ne saurait douter du fait; mais, chaque fois que vous rencontrerez un cas semblable, dites-vous bien que cet érythème gangréneux n'est pas idiopathique s'il se présente sur un sujet en bonne santé, s'il s'accompagne à son début d'une hyperhémie active, s'il ne présente point de purpura, et si le travail de régénération est rapide. En d'autres termes, la gangrène est incompatible avec les signes d'une inflammation aiguë et d'une réparation à bref délai; telle est, du moins, mon opinion.

Avant de terminer, un mot encore, messieurs, sur le traitement moral. Lorsque vous avez découvert un cas de simulation, ne vous hâtez pas trop d'en agir rudement avec le malade. Celui-ci peut porter avec lui, sans que le médecin s'en aperçoive, un état moral maladif qui le pousse à la simulation. Prenez votre temps avant de le traiter comme un imposteur volontaire; la bonté, et non la sévérité, tel est le devoir du médecin dans ces circonstances. (*The Lancet*, October 30, 1875, p. 617.)

(Traduit de l'anglais par le Dr Edouard Labarraque.)

SUR UNE PSEUDO-PARALYSIE CAUSÉE PAR UNE ALTÉRATION DU SYSTÈME OSSEUX CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ATTEINTS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, PAR M. LE PROFESSEUR PARROT. (*Arch. de physiologie*, 1872, p. 319, avec une planche.)

Ayant observé chez des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire une impotence à peu près complète des membres, qui simulait un état paralytique, sans lésions du système nerveux et des muscles capables de la produire,

et coïncidant avec un décollement des épiphyses des os longs des membres, M. Parrot en a conclu qu'il s'agissait là d'une pseudo-paralysie causée par la solution de continuité des leviers osseux, et il s'est demandé si cette altération des os n'était pas syphilitique. Ses recherches lui ont démontré qu'il en était bien ainsi, car elles lui ont permis d'établir d'une manière incontestable : 1° que tous les avortons et les nouveau-nés infectés par la syphilis présentaient une lésion des os de même nature que celle de ses premiers malades, et pouvant, par ses progrès, déterminer ce qu'il avait observé chez eux, et ce qui l'avait particulièrement préoccupé, à savoir une rupture des os longs au voisinage de l'épiphyse; 2° que jamais cette altération n'existait chez les enfants non syphilitiques.

Jusqu'ici les lésions syphilitiques des os étaient considérées comme excessivement rares chez les nouveau-nés. C'est M. Georges Wegner qui dans un travail *sur les lésions osseuses causées par la syphilis héréditaire chez les jeunes enfants* (*Virchow's Arch.*, 1870) a le premier appelé l'attention sur leur fréquence et les particularités anatomiques qu'elles présentent. Sur un très-grand nombre de points les recherches de M. Parrot ont confirmé celles de cet auteur. M. Parrot a démontré que ces lésions étaient constantes, bien que présentant de grandes différences, soit dans leur aspect soit dans leur intensité. Avant de les décrire, il donne un aperçu de l'état des os longs chez le nouveau-né, à l'état physiologique, et propose d'appeler *chondro-calcaire* la zone qui normalement sépare le cartilage du tissu spongieux proprement dit et que M. Broca qualifie à tort de *spongoïde*. Quant à ces altérations, elles consistent surtout : 1° à la périphérie, en l'existence de véritables couches ostéophytiques ; à l'extrémité de la diaphyse, en une exagération de la zone chondro-calcaire, qui devient d'un blanc jaunâtre et très-irrégulière de contour ;

3° en une modification du tissu spongieux presque constante; 4° quand le mal est ancien, en la production de ce que M. Parrot a dénommé le *ramollissement gélatiniforme* et la *fonte purulente*, états qui amènent la brisure de l'os et la séparation des épiphyses.

Histologiquement, on constate une prolifération plus active des chondroplastes dans la zone chondroïde; l'anémie de la zone chondro-calcaire, au niveau de laquelle des corpuscules embryonnaires subissent l'atrophie graisseuse; enfin le retard dans l'apparition des ostéoplastes. Dans les points où le tissu spongieux présente des foyers de ramollissement gélatiniforme ou de fonte puriforme, l'os proprement dit disparaît et est remplacé, tantôt par une fine trame connective, dont les lacunes sont remplies par des noyaux atrophiés et des granulations protéiques et graisseuses, tantôt par ces derniers éléments avec prédominance de la graisse.

Combattant, sur la nature de cette altération, la manière de voir de M. Wegner, qui en fait une ostéo-chondrite, M. Parrot pense que, jusqu'à plus ample informé, il faut la considérer comme une perversion nutritive, ce qu'il exprime en la qualifiant de *dystrophie syphylitique des os*.

Dr Ch. Schwartz.

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

An elementary treatrise on diseases of the skin, par le Dr H. Piffard (avec planches). 1 vol. in-8°, Londres, 1876, chez Macmillan et Cie.

Atlas of skin diseases, par le Dr L. Duhring. 1re livraison, grand in-4°, Philadelphie, 1876, chez Lippincott et Cie.

Leçon sur les laryngopathies syphilitiques graves, compliquées de phlegmon péri-laryngien, par le Dr Mauriac. Broch. in-8°, Paris, 1876, chez Masson.

TABLE

DES MATIÈRES DU TOME SEPTIÈME

1875—1876

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Clichy.— Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (917, 10-6·)
Le gérant, G. MASSON.